

CAPITOLUL I

CAPITOL INTRODUCATIV

1. SCURT ISTORIC *

Funcțiunea semantică a psihopatologiei a pendulat totdeauna între două extreme. La un capăt, cazurile în care un cuvânt lansat de medici invadează opinia publică, pînă la a-și pierde semnificația, pînă la totala sa devalorizare, pînă la transformarea sa în batjocură grotescă. Hipocrate, cu nepotrivita expresie de isterie, este un exemplu pentru această tendință. La alt capăt sînt acele cazuri în care un fenomen morbid, concret și tot așa de real ca și isteria la care se referea Hipocrate, nu-și găsește niciodată un corespondent filologic adecvat: fiecare cercetător îl numește altfel, fiecare psihopatolog îl descrie prin perifraze, iar opinia curentă nu ajunge niciodată să-l golească de orice încărcătură axiologică, din simplul motiv că respectiva noțiune nu ajunge niciodată să capete o circulație generală. Este cazul fenomenului obsesiv.

Fenomenul de conversiune este unul spectaculos și la îndemîna oricui; pricină pentru care și-a găsit o așa de rapidă și nefericită extindere, pornind de la interpretarea hipocratică a isteriei. Fenomenul obsesiv nu a primit niciodată o investitură publică atît de zgomotoasă ca isteria, poate tocmai pentru că (în mare parte) el este

* Paragraf redactat de dr. Dan Artur.

o însușire lăuntrică, ce nu ajunge la lume și societate decât în cazul ceremonialului și al ritualului anancast. Cultura europeană și apoi cea atlantică acordă drept de cetățenie lingvistică acelor noțiuni care se oferă observatorului prin spectaculozitatea lor publică; ceea ce în psihopatologie înseamnă, în primul rând isterie, în al doilea rând delir; și numai undeva, pe al treilea plan, fenomen obsesiv. Obsesie înseamnă în primul rând patologia vieții interioare, strict interioare, iar cum spiritul critic este conservat, formînd chiar una dintre coordonatele definitorii ale anancastului, era firesc să ajungem, foarte tîrziu și numai adiacent delirului, la o preocupare în jurul a ceea ce astăzi se numește obsesie.

În medicina hipocratică și cea care-i urmează pînă la începutul erei noastre, nu se găsește nici un fel de referință precisă la cazuri care să semene cu obsesia de azi. Este o afirmație destul de riscantă, constatarea că, probabil, medicii elini includeau în manie și melancolie (Hipocrate) sau în diversele forme de delir (Planton, Aristotel) și fenomenul obsesiv. Ea nu se bazează decât pe constatarea generală care arată că pînă tîrziu, în baroc, majoritatea psihiatrilor erau tentați să descrie cazuri clasice de obsesie la capitolul delir sau manie. Cert este că primul care analizează amănunțit un bolnav obsesiv și unul fobic este Aretaeus din Capadocia (50—110 ? e.n.) Întîmplarea face ca el să fie și un eclectic (deși trăiește în plină epocă de glorie a școlii metodice), un dușman înverșunat al nosologiei de orice filiație și un fanatic al cazului clinic, cum numai școala franceză a secolului al XIX-lea va mai fi. Din pricinile acestea, celebrul caz de boală obsesivă pe care îl descrie Aretaeus (vezi traducerea franceză a textelor lui Aretaeus în: Trélat — „Recherches historiques sur l'alienation mentale“, Journal des progres, t. V, 1839, precum și în volumul II al traducerii germane a operelor lui Aretaeus, făcută de Ermerins (Utrecht, 1847) nu este încadrat în nici o formă nosologică precisă și poate tocmai de aceea dovedește intuiția genială a lui Aretaeus, pentru că dulgherul analizat este un caz limită, pe care psihiatria nu l-a elucidat încă nici

azi, în care fenomenul fobic se amestecă cu cel obsesiv într-o proporție de nediferențiat.

Marcellus din Sida (un elev al lui Aretaeus) amintește pentru prima oară, într-o poezie didactică, despre *licantropie*. Transformarea omului în lup (*loup-garou* la francezi, *Wehrwolf* sau *Werwolf* la germani) va juca de-a lungul întregului ev mediu un rol important, aproape unicul cadru nosologic, în medicina mintală. Arcadienii vorbeau deja despre „bărbatul care poate lua forma de lup“ (*lykanthopos*), iar romanii numeau același fenomen cu termenul de *Versipellis*, exact ceea ce credința populară la slavi, celți și toate popoarele Europei centrale va numi priculici, vircolac sau vampir. Dar în demonologia evului mediu licantropia era unica boală admisă ca atare (nu ca posesiune demonică), ceea ce făcea ca suferinzii să nu fie arși pe rugul inchiziției. În compoziția sindromului licantropic intrau: melancolia, tendința ideativă la crimă și demonomania. În felul în care Marcellus din Sida vorbește despre a doua componentă a licantropiei (tendința ideativă la crimă) lasă să se înțeleagă cât se poate de explicit că este vorba de un fenomen obsesiv descris în vocabularul epocii și mai ales în spiritul ei.

În afara acestor cazuri de licantropie, evul mediu nu mai amintește nimic în care să se poată întrevădea cazuri clinice de obsesie. Sîntem siliți să recurgem la interpretarea lui Stekel și Petrilowitsch, care subliniază prezența a foarte multor factori supracaracteriali și supra-individuali în apariția manifestă a sindroamelor obsesive. Mai mult decît oricare alt cadru nosologic din psihiatrie, boala obsesivă este condiționată de epocă. Evul mediu a fost favorabil psihopatului anancast, i-a permis să se desfășoare în toată amploarea lui. Sadismul anal și „împotmolirea în asceză“ (Stekel), atât de caracteristice anancastului, s-au văzut favorizate de spiritul epocii. Zgîrcenia, încăpățînarea și pedanteria caracterului anancast aveau un nesfîrșit cîmp de activitate în profesiunile medievale, și astfel nu ajungeau decît rar să se decompenseze în sindrom obsesiv de intensitate maladivă. Viața monahală, întregul stat major al Sfîntului Oficiu al Inchiziției și cohorta de politicieni mărunți ai stătuțelor

medievale erau populate, în mod legal, de caractere anancaste, care judecau și ardeau pe rug pe istericii care se dădeau în spectacol sau schizofrenicii paranoizi bănuți a fi demonomani. În evul mediu, anancastul era omul zilei favorizat de momentul istoric, astfel că nu simțea nevoia decompensării în fenomen obsesiv. De la Renaștere încoace (deci de când ritmul existenței europene a devenit allegro), anancastul nu-și mai găsește făgașe firești de manifestare, pentru că „*Qui n'a pas l'esprit de son age, de son age a tout le malheur*“ (Voltaire). De aici numărul crescut al nevrozelor obsesive din ultimele două secole, de aici necesitatea de a studia aceste nevroze și puzderia de studii referitoare la anancast, contrastând cu lipsa flagrantă a unor asemenea studii în trecut.

Sfârșitul Renașterii și începutul barocului este perioada care aduce primele studii ce semnaleză, nu numai cazuri de boală obsesivă, ci și încercări de clasificare în care obsesia să-și aibă locul. Începutul este făcut de germanul (cu studii în Franța) Johann Weyer din Brabant (1515—1588), care în cartea sa „*De prestigiis daemouum*“ (1563) întreprinde prima demascare a demonomaniei și pregătește astfel terenul unei psihopatologii mai aerate. Weyer spune primul, răsPICat (și aceasta într-o epocă în care pînă și marele Ambroise Paré, 1510—1590, admite, sincer sau numai de frica Sfintului Oficiu, greu de precizat, existența demonomaniei la baza bolii mintale), că vrăjitoarele sînt melancolii și isterii, iar nopțile de sabat, confuzii artificiale provocate de mandragora, acornit și beladonă. Numai în acest climat purificat de miasmele malefice ale șarlataniei ermetice încurajate de biserică s-a putut dezvolta activitatea lui Felix Plater, care trebuie considerat primul alienist preocupat de problema obsesiei.

Felix Plater (sau Platter) (1536—1614) este fiul renumitului polihistor elvețian Thomas Platter și deși nu s-a ridicat niciodată la celebritatea tatălui său, are meritul că, pe lîngă profesiunea sa strict didactică (profesor de anatomie la Universitatea din Basel), să se fi ocupat și de psihiatrie. Clasificarea sa (*mentis imbecilitates, defatigationes, consternationes și alienationes*) este una din primele încercări de nosologie din baroc. Dar este impor-

tantă mai ales pentru că încadrează (la punctele 2 și 3) o serie de cazuri, care, deși nenumite obsesie (pentru că termenul nu era încă întrebuițat), sînt atît de viu descrise încît nu lasă nici o îndoială asupra diagnosticului de obsesie (în special cazul unei femei cu obsesii ruminative centrate pe ideea pruncuciderii). Ultimul caz rămîne unul clasic, astfel că Plater este pentru istoria obsesiei ceea ce Sydenham (1624—1689) va fi mai tîrziu pentru isterie.

După Plater, nici una din clasificările (atît de la modă pe la mijlocul secolului al XVIII-lea) nu va putea evita încadrarea și a unor cazuri care corespund clinic obsesiei. Cu influențe evidente din Boerhaave și Stahl, clasificarea lui Boissier Sauvages (1706—1767) este făcută după meticolos model botanic și merge la amănunte exhaustive (10 clase, 44 de ordine, 315 genuri și 2400 de specii). În ciuda acestei fărîmițări derutante, cuvîntul obsesie nu este pronunțat. În schimb, este important să știm că în clasa a opta (*Vésanies* ou *folies*) sînt descrise patru ordine, dintre care ultimul (*Folies irregulières*) se referă la cîteva cazuri de obsesii ideative, foarte bine descrise clinic, dar de loc comentate. Să reținem că deja de pe acum (clasificarea lui Sauvages este din 1732) obsesia aparține unui ordin numit *Folies* (celelalte trei grupe ale lui Sauvages sînt: halucinațiile, morozitățile și delirurile), așadar unor categorii ce se referă aproximativ la psihozele endogene de azi și în nici un caz sferei largi care se va numai ceva mai tîrziu nevroze și psihopatii.

Pentru a înțelege limpede evoluția ideilor referitoare la obsesie este important să subliniem că în celebra clasificare a lui Cullen (în care apare pentru prima oară cuvîntul *nevroză*) obsesiile încă nu există ca unități nosologice de sine stătătoare, pentru că sîntem încă într-o epocă în care obsesie și fobie este tot una cu fenomenul delirant, după cum fenomen delirant va rămîne și peste 100 de ani în concepția lui Legrand du Saulle (1875). William Cullen (1709—1790), profesor la Universitatea din Edinburgh, aplică în neurologie teoria *iritabilității* a lui Haller (1708—1777), făcînd din sistemul nervos cea mai importantă verigă patogenetică a *oricărei* boli. Clasificarea lui Cullen (care apare în 1772) este ceva mai modestă

decît cea a lui Sauvages, pentru că are numai : 4 clase, 19 ordine, 230 de genuri și 600 de specii. Cele patru clase ale lui Cullen sînt : pirexiile, nevrozele, cașexiile și bolile locale. Prin nevroze el înțelege, ca și Ph. Pinel de altfel, *maladies du sentiment et du mouvement*, fără inflamație sau alterarea structurii locale a sistemului nervos, așadar toată patologia psihozelor endogene. A vorbi despre nevroze funcționale sau psihogene (în sens contemporan) la Cullen înseamnă a le atribui caracteristici și intenții pe care profesorul de la Edinbourg nu le avea și nici nu le-ar fi semnat, pentru că, urmînd principiile teoriei lui Haller, Cullen a vrut doar să sublinieze importanța deosebită a sistemului nervos în toată medicina, indiferent că este vorba de chirurgie, medicină internă sau psihiatrie. Cuvîntul lansat de Cullen a parcurs o traiectorie care nu mai are absolut nici o legătură cu semnificația pe care i-o dădea el, exact după cum „histeria“ lansată de Hipocrate a sfîrșit prin a deveni un minus axiologic, un minus la care Hipocrate nici nu s-a gîndit. De-abia după revoluția franceză, cînd Cullen nici nu mai trăia, cuvîntul nevroză a plăcut psihiatrilor francezi și (ceea ce este mai grav) a fost asociat prin simplă asonanță cu nevroza de tip Cullen (care însemna doar că boala respectivă are în etiopatogenia ei importante momente nervoase). Este interesant de urmărit în cartea lui Cerise (*Des fonctions et des maladies nerveuses*, Paris, Masson, 1840) confuzia dintre *névroses*, *névropathie générale*, *névropathie protéiforme* și *nerveux*, pentru a putea astfel surprinde pe viu momentul în care din bine intenționatul termen al lui Cullen se naște confuza noțiune de nevroză, care mai stăruie și azi. În ce ne privește este important să știm că termenul lui Cullen nu a fost pronunțat în asociație cu cel de obsesie decît de Janet (1898), de la care Freud preia termenul proaspăt amalgamat : „nevroză obsesivă“.

Dar în intervalul de timp care se scurge între creația termenului de nevroză de către Cullen și îngemănarea lui cu cel de obsesie de către Janet, obsesia nu există în psihiatrie sub etichetă proprie, fiind inclusă la *monomanii*. A. Briere de Boismont (1797—1871) constata, pe bună dreptate, că monomania este un concept condiționat is-

toric. În ultimii 150 de ani, discuția în jurul psihozelor endogene a trecut prin trei faze destul de distincte : monomania, demența precoce și schizofrenia ; adică Esquirol, Kraepelin și Bleuler. Iar pe prima treaptă a acestei dispute, obsesia nu era încă diferențiată de endogen, în sensul cel mai larg al cuvîntului, purtînd numele de monomanie (mai precis, una din subgrupele ei : *monomania instinctivă*).

Problematika monomaniei pornește de la Philippe Pinel (1745—1826) care vorbește, primul, despre *mania sine delirio*, (1798), concept de care se folosește nu numai Esquirol atunci cînd își dezvoltă teoria despre monomanie, ci și toată școala franceză din secolul al XIX-lea, atunci cînd va vorbi despre delirurile parțiale. Să nu uităm că aproape 100 de ani *obsesia nu a fost considerată altceva decît un delir parțial*. Noțiunea de monomanie este creată de Jean Etienne Esquirol (1772—1840) și oficializată de Dicționarul Academiei Franceze la 1835. Clasificarea lui Esquirol admite 5 clase mari : 1. lipemania, 2. monomania, 3. mania, 4. demența și 5. idiotismul.

Monomania și lipemania sînt afecțiuni cerebrale cronice, fără febră, caracterizate printr-o leziune *parțială* a inteligenței, afectivității sau voinței. Dezordinea intelectuală este concentrată pe un singur obiect sau pe o serie de obiecte circumscrise ; bolnavul pornește de la un principiu fals, pe care îl urmărește însă cu consecvență logică, astfel că ia naștere o afectivitate și acțiuni voluntare eronate. Dar în afară de acest *delir parțial* bolnavul simte, raționează și acționează ca oricine. La baza acestui delir stau iluzii, halucinații, asociații vicioase, convingeri eronate și bizare, generînd *monomania intelectuală*.

A doua formă este *monomanie raisonnante*, dar Esquirol, spre deosebire de alți autori, este de părere că e mai bine să fie numită *monomanie afectivă* sau *monomanie instinctivă* și *fără delir*. Termenul este important, pentru că reprezintă prima recunoaștere clinică a sindromului obsesiv. Monomaniacul afectiv nu deraiază de la sensul comun al vieții, dar afectele și caracterul său (și aici Esquirol prefigurează genial pe Freud) sînt pervertite. Monomaniacul afectiv justifică mereu starea actuală a

sentimentelor sale, bizareriile conduitei, prin motive plauzibile, prin explicații bine ticluite. Voința este lezată, bolnavul este atras în acțiuni pe care propria sa conștiință le critică, dar pe care nu mai are puterea să le reprime, pentru că actele represive sînt involuntare, instinctive și irezistibile. Este descrierea clasică a unei obsesii sub numele de monomanie instinctivă numită uneori și *delir afectiv* (termenul va face carieră în psihiatria franceză). De la această descriere a lui Esquirol, obsesia va fi mereu descrisă sub numele de delir afectiv, o monomanie fără delir, în nici un caz cu delir parțial cum mai era vorba în primele formulări ale lui Esquirol.

Imediat după ce a fost descrisă de Esquirol, dar și în tot decursul secolului al XIX-lea *monomania instinctivă* a avut numeroși detractori. P. Falret, Prichard, Leuret, dar mai ales Et. J. Georget sînt criticii cei mai vehemenți ai noțiunii esquiroliene, acesta din urmă (Georget) formulînd sloganul: nu există boală mintală fără delir; iar Kahlbaum (1863) încearcă o corectare a terminologiei lui Esquirol atunci cînd spune că nu există manie fără delir, ci numai o manie cu un delir specific. În acest *delir specific* numit așa de Kahlbaum trebuie întrezărită o și mai minuțioasă circumscriere a psihopatologiei obsesiei. Tot pe o poziție eclectică este și Campagne atunci cînd, în cartea sa „Folie raisonnante“ (1869) caută (foarte modern) să apropie monomania instinctivă de *moral insanity*-ul englezesc (deci de psihopatie). Important este însă că deja din această perioadă, cînd cuvîntul încă nici nu fusese pronunțat, se recunoaște că monomania instinctivă este un fenomen *primar* și o boală mintală *parțială* (Snell, 1865). Ipoteză de lucru, cu funcțiune strict istorică, monomania a avut darul să genereze făgașele pe care s-a mișcat ulterior teoria obsesiei, a paranoiei și a ideii prevalente.

Psihopatologia germană a epocii de care ne ocupăm a avut darul să furnizeze fundalul de gravitate (delirantă) pe care obsesia (în ipostaza de monomanie instinctivă) o are. J. Ch. Heinroth (1773—1843) diferențiază noțiunile de sănătate-boală după criteriile *libertate-constrîngere*, astfel că era firesc ca monomania instinctivă (la care *constrîngerea* este fenomenul *princeps* să fie considerată o

boală deosebit de gravă, în speță delirantă (și nu de mică psihiatrie, cum o va face secolul al XX-lea). Dacă păcatul și pedeapsa (Heinroth) sînt momentele etiologice cele mai importante ale psihozelor endogene, atunci obsesivul (care se preocupă mereu de păcat și pedeapsă) trebuie să realizeze o formă malativă dintre cele mai grave. În acest fel, Heinroth a contribuit ca atmosfera care se făcea în jurul gravității obsesiei, adică a monomaniei instinctive (și care a dus mult mai tîrziu la includerea ei în formele marginale ale schizofreniei, Minkowski) să fie tot mai sumbră, mai plină de *constringere*, *păcat* și *pedeapsă*.

În perioada de tranziție de la monomania lui Esquirol la demența precoce a lui Kraepelin, cînd psihozele endogene ajung un fel de *no man's land*, apare pentru prima dată conceptul de obsesie, reprezentare obsesivă și gîndire obsesivă.

Este greu de spus cui îi revine prioritatea lansării noțiunii de obsesie; lucrurile pluteau în aer în jurul anului 1850, în deceniul al șaselea și al șaptelea al secolului trecut. Wilhelm Griesinger (1817—1869), preocupat de diferențierea ideilor prevalente, vorbește (în 1868) despre o *reprezentare obsesivă dubitativă*, care are un conținut psihopatologic învecinat fenomenului obsesiv propriu-zis. Studiul lui Griesinger (1868) e intitulat „Despre o stare psihopatică puțin cunoscută” în care descrie 3 cazuri de *maladie de doute*.

Richard von Krafft-Ebing (1840—1903), singurul reprezentant de seamă al liniei Morel în Germania, vorbea deja cu un an înainte (1867) despre *Zwangsvorstellungen* (reprezentări obsesive), dar înțelegea prin ele modalitatea în care o stare depresivă influențează mersul gîndirii (așadar ceva foarte apropiat prevalentului și katalimicului). În 1866, J. Faieret introduce în literatura franceză cuvîntul obsesie, pentru „conținuturi care asediază (obsidere = a asedia) spiritul”. În 1872, Karl Westphal (1833—1890) descrie agorafobia pe baza unor cazuri de *Platzschwindel*, acordînd un rol primordial anxietății în geneza ei, pentru ca în 1877 să formuleze cunoscuta definiție a reprezentării obsesive ca fenomen neafectiv. În 1879, Benjamin Ball descrie claustrofobia în termeni

strict obsesivi (sîntem într-o perioadă în care diferențierea obsesie-fobie nu este încă făcută de nimeni). În același timp, psihiatrii anglo-saxoni traduc nemțescul *Zwang* prin *compulsion*, utilizînd un cuvînt din latina juridică și care avea semnificația de constringere. Foarte aproape de influența monomaniei instinctive, Westphal descrie o formă abortivă a paranoiei, în care fenomenele obsesive (parazitare și străine) apar neînglobate și neasimilate delirului. În schimb, includerea obsesiei în paranoia este negată de teoreticienii degenerescenței, cum ar fi Schafer sau Krafft-Ebing; și nici Mendelson, care încetățenește definitiv termenul de paranoia în psihiatrie (1883) nu mai admite o formă abortivă a paranoiei (cu obsesii).

În monografia sa despre *maladie de doute* (1875), care este o magistrală lecție despre diversitatea clinică a fenomenului obsesiv, Legrand du Saulle îl tratează pe acesta din urmă ca pe un delir, ca pe o monomanie gen Esquirol.

Este meritul lui Karl Wernicke (1848—1905) de a fi diferențiat reprezentările obsesive (care încep să se contureze clinic și teoretic) de ideile prevalente așa cum au fost analizate de Griesinger). Wernicke este primul care constată că obsesia (la fel cu delirul) este un fenomen parazitare, de vreme ce ideea prevalentă este un fenomen autopsihic, pentru că este asimilat și în armonie cu toată persoana.

Dar tocmai acum, la mijlocul secolului al XIX-lea, cînd cuvîntul *obsesie*, *Zwang* și *compulsion* au fost în sfîrșit pronunțate, obsesia își pierde din nou identitatea. Se dovedește din nou că, la polul opus isteriei, fenomenul obsesiv refuză inculstrarea sa în vreunul din cuvintele de circulație generală și că nici nu este posibilă calea inversă, adică încetățenirea unui cuvînt medical care să-l desemneze, așa cum s-a întîmplat de mult pentru isterie. De data aceasta, cei doi reprezentanți ai teoriei degenerescenței (Morel și Magnan) sînt cei care încearcă delimitarea clinică a obsesiei.

În teoria sa asupra degenerescenței (1857), B. A. Morel (1809—1873) este de părere că degradarea pe care o ocaziona triada lui Buffon ascultă de două legi: legea eredității duble (morală și corporală) și legea *progresivi-*

tății. Progresivitatea este cea care, prin infirmitatea graduală a generațiilor, duce la dispariția speciei. Ea se întâmplă de-a lungul a patru generații : 1. temperament nervos, incapacitate morală, excese, desfrîu ; 2. predispoziție spre crize, nevroze, alcoolism ; 3. tulburări psihice, suicid, incapacitate spirituală ; 4. oligofrenii ereditare, deformări, inhibiții ale dezvoltării generale. Obsesiile intră în patologia celei de a treia generații, pentru că la Morel obsesia nu este o nevroză (generația a doua), ci un delir. De altfel, Morel îl urmează (ca marea majoritate a psihiatrilor francezi din prima jumătate a secolului al XIX-lea) pe Louyer-Villermay, care, în 1816, stabilise că cele două nevroze de bază sînt isteria și hipohondria. Cîțiva ani după tratatul său despre degenerescență Morel revine cu un studiu despre ceea ce el numește *delir emotiv* (1866) și care cuprinde : obsesiile (termenul este încetățenit în Franța, în același an, de Falret), suicidul, criminalitatea, slăbiciunea iritabilă și ticurile. Termen hibrid, delirul emotiv al lui Morel este o „nevroză a sistemului ganglionar visceral“, o definiție foarte în spiritul epocii, dar care nu spune absolut nimic. Esențial este doar faptul că pentru Morel *obsesia este un delir* în a cărui etiologie afectivitatea joacă primul rol. În acest fel, Morel este precursorul liniei Kraepelin-Aschaffenburg-Bleuler pentru care obsesia este un fenomen eminentemente afectiv. Fără să vrea, Morel a atins aici unul din punctele nevralgice de totdeauna ale patologiei anancaste : fenomen delirant sau fenomen nevrotic ? fenomen afectiv sau fenomen intelectual ? Aceste două întrebări străbat ca un fir roșu, niciodată elucidat, toate teoriile despre obsesie.

Pentru Valentin Magnan (1835—1916), psihiatria se ocupă cu două feluri de boli : 1. alienația (cu un substrat organic cunoscut) și 2. nebunia propriu-zisă (*la folie*), în care psihogeneza și cauzele obscure stau pe primul plan. *La folie* are două subgrupe : delirul cronic și degenerescența mintală (1885). Degenerescența mintală, după Magnan, are următoarele caracteristici : origine ereditară, manifestări polimorfe, un dezechilibru permanent. Ea cuprinde 6 subgrupe : 1. oligofreniile, 2. obsesiile, 3. impulsivunile, 4. delirurile polimorfe, 5. nebunia cu conștiința

păstrată și 6. îndoiala patologică. Grupa obsesiilor este unitară, spune Magnan, pentru că corespunde aceluiași fond mental și ereditar ; ea cuprinde : impulsuri obsesive, perversiunea sexuală, sitiomania (foame exagerată), exhibiționismul și onomatomania (repetarea obsesivă a denumirilor). După cum se vede, un grup destul de eterogen, care cuprinde și fenomene despre care azi nu se mai poate susține că sînt obsesive ; în schimb, îndoiala patologică (fenomen prin excelență anancast) este lăsată la o parte și descrisă ca grupă separată de degenerare mintală. Parcurgînd cazurile pe care Magnan le dă ca exemplu pentru fiecare categorie, te convingi lesne că la fiecare din cele 6 grupe de degenerescență mintală (mai ales la delirurile polimorfe și nebunia cu conștiința păstrată) Magnan nu face nici o deosebire între cazuri care astăzi, după Janet și Binder, pot fi sigur diagnosticate ca schizofrenie, sau boală obsesivă. În tot cazul, nebunia cu conștiința păstrată (sau cel puțin cazurile descrise de Magnan în acest capitol) sînt, cînd schizofrenii clasice, cînd obsesii maligne, dar mai ales din acestea din urmă. Nu este lipsit de interes să menționăm că, mult înaintea lui Magnan, Trelat vorbea despre o formă clinică pe care o numea „psihoză conștientă“ (în care conștiința bolii este păstrată) și care, în ciuda termenului hibrid, circumscrie foarte bine semnificația bolii obsesive. În ceea ce privește psihopatologia obsesiei la Magnan trebuie să mai reținem un lucru foarte important : continuînd o idee a lui Falret (fiul), el susține că *în obsesie, psihicul este lezat global*, chiar dacă tulburarea *pare* limitată la un singur sector. Pentru Magnan *la dégénérescence mentale* este totuși un *delir al degenerațiilor*, un delir fără demență, un delir (aparent) parțial, dar (adaugă Magnan, criticîndu-l pe Esquirol) nu o monomanie. În sfîrșit, credincios teoriei înaintașului său Morel, Magnan nu uită să sublinieze că obsesia este unul din cele mai caracteristice stigmatе intelectuale, înțelegînd prin stigmat orice dispoziție care împiedică evoluția firească (conservare și reproducere) a organismului.

Contribuțiile la problemă ale psihiatrilor, începînd de la sfîrșitul secolului trecut și pînă astăzi, pot fi parțial preluate într-o discuție contemporană privind nevroza

obsesivă; ceea ce nu e cazul cu opiniile mai vechi. Fiecare epocă și fiecare socio-cultură, pe de o parte, înregistrează un anumit peisaj inedit de „boli psihice“, iar pe de altă parte își formulează despre ele o concepție, la fel de inedită. Patologia psihiatrică este dependentă de structura unei culturi mult mai mult decât restul medicinei, atât în ceea ce privește modalitățile de expresie, cât și interpretarea.

În zilele noastre putem studia și analiza doar suferinzii și bolnavii „psihici“ pe care-i întâlnim, iar în înțelegerea acestora, datele istoriei ne ajută destul de puțin. În orice caz, astăzi, studiul nevroticului se poate face, nu pornindu-se de la „bolnavul obiect“ (așa cum se făcea în celelalte epoci care alienau bolnavul psihic prin distrugere, părăsire sau claustrare), ci pornindu-se de la persoana umană conștientă, normală.

Interesându-ne problema obsesiei, urmează deci — pentru început — a vedea cum se prezintă ea în perspectiva antropologiei generale și a psihologiei normale. După care e necesar a se schița caracterizarea generală a mutației, a diferențierii nevroticului sau bolnavului mental (în raport cu omul „normal“) pentru a sugera cadrul general în care ne vom plasa analizând nevroza obsesivă și boala anancastă.

2. ABORDAREA OBSESIEI DIN PUNCTUL DE VEDERE AL ANTROPOLOGIEI GENERALE

Ce semnificații are și unde se plasează obsesia în structura persoanei umane conștiente?

Vom începe discuția utilizând textul platonician al „Apologiei lui Socrate“, în care acesta, la un moment dat, spune: „Poate părea absurd faptul că am dat fiecăruia din voi sfaturi în particular și că nu am avut curajul să apar niciodată în adunările poporului, pentru a da sfaturile mele patriei. Ceea ce m-a împiedicat, atenieni, este acest daimon familiar, această voce divină despre care m-ați auzit așa de des vorbind și din care Melitus a făcut cu plăcere un cap de acuzare împotriva mea. Acest