

**Întâlnirea 3/ 01. 2026,**  
**Cerc de psihopatologie, prezentări cazuistice**  
**Prezentare de caz Dr. Silviu Pera**

**Tulburare Obsesiv-Compulsivă**

**Scurt comentariu Prof.M.Lăzărescu despre dimensiunea meta  
reprezentatională a psihismului implicată în patologia OC**

**Prezentarea cazului**

Pacientul G A, în vârstă de 44 ani, necăsătorit, născut în Timișoara, 11 clase + școală profesională de transporturi auto, a intrat în Circuitul Psihiatric în anul 2010, printr-o prezentare la Clinica de Psihiatrie Timișoara, fiind diagnosticat cu Tulburare Obsesiv-Compulsivă.

S-a născut într-o familie modestă, are încă două surori, una dintre ele este cu un an mai mare și este farmacistă, cealaltă este cu 10 ani mai mică și este medic generalist în Austria. Relația cu ambele surori o descrie că fiind una bună, normală pe tot parcursul vieții, cu mici discuții contradictorii trecătoare.

Pe tatăl său, muncitor fiind la o fabrică de detergent din Timișoara, îl descrie ca pe un bărbat dur care își certa mereu copiii dacă se întâmpla ceva chiar dacă nu era vina lor, căruia îi plăcea să dețină controlul, care nu oferă afecțiune niciunui membru din familie, un tată absent, care își petrece timpul ieșind cu prietenii să joace șah sau orice altceva departe de implicarea activă în familie.

Pe mama să, care a fost chimistă la aceeași fabrică de detergent la care lucra tatăl, o descrie că “exact opusul” tatălui. O femeie blândă, iubitoare, înțelegătoare, grijulie, care se îngrija de toate necesitățile familiei, le oferea afecțiunea de care aveau nevoie, îi educa, îi învăța ce e moralitatea, onestitatea, îi încuraja și încerca din răspuțeri să acopere rolul ambilor părinți fiindcă tatăl era absent, fapt care duce și la divorțul celor doi părinți ai pacientului. Despre

mamă mai aflăm și că era o femeie perfecționistă, ordonată, îi plăcea că toate lucrurile să fie mereu la locul lor, colecționară de foarte multe lucruri. Avea caiete întregi scrise de dumneaei cu detalii ale plăților vecinilor din bloc spre administrația de locatari, avea foarte multe cutii etichetate cu lucruri aranjate într-o anumită ordine care nu îi plăcea să fie deranjată.

Pacientul ne relatează o relație bună cu toți bunicii, la care își petrecea în copilărie multe din vacanțele de vară cu plăcere. Dintre aceștia se remarcă o relație specială cu bunicul matern. Își petrecea mult timp cu Bunicul, fost colonel de poliție un bărbat riguros, consumator cronic de alcool. Clasa 9-a de liceu o petrece stând împreună cu bunicul și prietenii acestuia, pe care îi descrie că oameni „comuniști”, care îl învățau de multe ori chestiuni ca: „farfuria trebuie spălată până scârțâie, că o cană trebuie pusă mereu la locul ei fiindcă altfel o să se observe că i-a fost schimbat locul, că un ac stă pe apă în picioare”. Tot de la bunicul matern moștenește și pasiunea pentru istorie, întrucât acesta îi dădea multe cărți de citit.

Primele simptome ale bolii pe care și le amintește pacientul apar chiar în acest an 1994, la 14 ani, pe care îl petrece împreună cu bunicul său. Acestea apar în urma unei cărți citite despre Mihai Eminescu despre care află că este grav bolnav de neuro sifilis. Urmează ore în șir de stat în oglindă, verificându-și fața, uitându-se atent la toate semnele pe care le avea pe față și limbă și gândindu-se în același timp dacă nu cumva și el suferă de aceeași boală. Tot la acest episod apar și nesiguranța și frica de a trece semaforul, conturându-se în final îndoieli obsesive cu privire la trecerea semaforului, compulsii de verificare a culorii semaforului și preocuparea excesivă față de boală. “Îngrijorările astea îmi invadau atât de tare minte încât nu mai știam de mine”.

Termină 11 clase și profesionala de transporturi auto și pleacă de acasă fiindcă vrea să fie independent. “Tot ce am, am făcut prin munca mea, nu m-a ajutat nimeni cu nimic” .Acesta relatează că de la 18 ani părăsește casa părintească, locuiește cu diferite doamne în chirie și se angajează ca agent comercial unde începe cu vânzarea de țigarete. Îi plăcea să fie eficient la jobul pe care îl avea, avea mereu o atitudine serioasă, era mereu atent și organizat. Relațiile cu doamnele care locuiau cu el în chirie le descrie că fiind “de conjunctură, fără prea multă implicare afectivă”.

În 2010 se angajează la fabrica AEM de contoare de gaz ca operator de bandă, meserie care îi aduce satisfacție prin ordinea și simetria pe care o regăsește în acel mediu. Pentru această perioadă se conturează un tablou psihopatologic cu :

- teamă obsesivă de a nu face ceva rău altor persoane, teamă obsesivă de a nu provoca un incendiu la locul de muncă, frică de a spune anumite lucruri, teamă că ar putea rosti obscenități în biserică, dar și compulsii de verificare a aragazului, compulsii de verificare că nu a făcut rău unei persoane, compulsii de verificare să nu fi produs vreun prejudiciu, sau să fi făcut vreo greșeală la locul de muncă, compulsii de numărare, compulsii de repetare a rugăciunilor. Câteva exemple foarte pertinente pe care le relatează pacientul este că atunci când conducea și depășea o trecere de pietoni acesta parcă mașina la câțiva metri distanță și se întorcea la trecerea de pietoni pentru a se asigura că nu a lovit pe nimeni. Atunci când trecea printr-o stație de tramvai sau autobuz, mergea spre casă gândindu-se obsesiv la posibilitatea de a fi lovit pe cineva care ar fi putut cădea peste liniile de tramvai și apoi chiar să fie lovit de tramvai, așa că hotăra să se întoarcă din drum, uneori chiar de acasă la locul cu pricina pentru a se asigura că nu a făcut nimic greșit.

Tot în această perioadă de timp este prezent în viața lui o doamnă, cu care vorbește de mulți ani, o doamnă pentru care începuse să aibă sentimente, ceva

neobișnuit pentru dumnealui până în acel moment. Această doamnă îl rănește, pacientul relatând că “devenise dintr-o fată cuminte, o pramatie ordinară, nu mai dădea nopțile pe acasă, dar n-am fost în stare să mă despart de ea”. După despărțire, în anul 2010, are loc prima decompensare psihiatrică pentru care ajunge la Clinica de Psihiatrie Timișoara unde este diagnosticat cu Tulburare obsesiv-compulsivă.

Tabloul psihopatologic de la prezentarea în Clinică este deagitație psihomotorie, gânduri obsesive de învinovățire pentru despărțire, gânduri obsesive de a nu fi făcut ceva rău, nesiguranța, frică intensă de a face orice lucru banal, anxietate marcată secundară gândurilor obsesive și comportamentului compulsiv, compulsii de verificare și numărare. Refuză internarea în Clinică de Psihiatrie, dar începe tratamentul în ambulatoriu și în același timp merge la terapie cognitiv-comportamentală. Complanța la tratament este bună și simptomele încep să se diminueze dar într-o perioadă lungă, aproximativ 2-3 ani. În acest timp caută relații trecătoare/de ocazie pe care nu le mai categorisește că fiind importante, ci doar pentru a-l ajuta să treacă peste perioada grea pe care o avusese. În 2015 cunoaște o colegă de la muncă lângă care conviețuiește, despre care află că îl înșală dar nu mai este afectat.

În prezent, pacientul este instalator de centrale termice pe gaz, la o companie internațională cu foarte multe departamente. Se descrie un om corect, fidel, loial, credincios, calm, respectuos, punctual, conștiincios, disciplinat, riguros și detașat de relațiile afective.

Toate preocupările acestuia în acest moment fac referire la job, la câinele său, și la timpul petrecut lângă partenera actuală pe care o cunoaște în 2025.

Cu privire la jobul său actual, remarcăm două chestiuni importante: Îi aduce o satisfacție și o liniște interioară activitatea pe care o face în fiecare zi, și din spusele acestuia, pare că a reușit să facă o tranziție în viața cotidiană de la compulsiile de verificare a aragazului sau instalației de gaz din propria casă la o

meserie care îi aduce aceeași liniște pe care o regăsea atunci când avea aceste compulsii de verificare.

(se ridică întrebarea.... Cum ne dăm seama dacă în jobul actual pe care el îl are, se ascund de fapt niște compulsii pe care el nu le mai conștientizează că fiind compulsii? Ori poate e doar un job normal ? Ori poate a reușit să integreze compulsiiile într-o normalitate a sinelui? aspect interesant de discutat înainte să aibă loc prezentarea)

În aceeași măsură jobul său îl agită, îl face să rumineze foarte mult la probleme ca moralitatea, corectitudinea, indiferența. Ne relatează multe întâmplări cu privire la încercările la care este supus .“ Mi se cere de multe ori să închid ochii, să dau aviz de funcționare chiar dacă lucrurile sunt în neregulă. Așa ceva, nu aș putea face niciodată. Trece de principiile mele. I-am cerut șefului, hârtie scrisă că nu o să pățesc nimic dacă dau acest aviz pe care nu ar trebui să îl dau. Și chiar și atunci, tot nu aș face asta. Mi-au tăiat din salariu pentru că nu am vrut să fac ca ei “. De aici ne putem da seama de un pattern cognitiv și un comportament rigid, centrat pe valori morale , corectitudine și respectarea strictă a regulilor. Pacientul descrie o ruminare persistentă asupra moralității, cu o intoleranță marcată la ambiguitate și compromis. Refuzul categoric de a semna un aviz perceput ca incorect chiar și în condițiile în care i s-ar oferi reasigurări externe sugerează hiper responsabilitate morală care este trăită ca absolut imperativă, inflexibilă, cu sacrificarea confortului emoțional și rigiditate etică extremă.

Câteva citate de la pacient pe parcursul interviului:

„Am făcut jumătate de ora până la clinică, mi-era frică să nu lovesc pe cineva, să nu fi lovit pe cineva când am trecut prin stația de tramvai”

„Era infernal să plec singur undeva”

„Nu puteam să stau lângă cuțite că îmi era frica să nu omor pe cineva”

„Verificam aragazul de mai bine de 100 ori”

„Verificam lumina să fie stinsă”

„Mi era frica să nu omor pe cineva”

„Nu mai puteam să conduc, trăgeam mașină pe dreapta și mergeam la trecere să văd dacă am lovit pe cineva”

„Să nu uit pistolul de lipit la lucru în priză”

„Aveam frica să nu înjur în Biserică”

„Mergeam la UPU să fac toate analizele, așa am ajuns și la psihoterapeuta mea actuală, că mi-a fost recomandată, mi-era foarte frica să nu fiu bolnav”

„Aveam frica de a nu spune ceva greșit, verifica, întreba oamenii dacă nu cumva i-a denigrat”

„Repetam Tatăl Nostru de 9 ori”

„Recitesc propozițiile pentru a înțelege sigur ce vrea să transmit, să nu fie lucruri pe care să nu le fi înțeles”

„Reînchideam ușa de mai multe ori pentru a o închide bine”

„Număram cărți de pe raft în orice cameră intram”

### **Personalitate proprie:**

Decisiv și determinat, hiperconștiincios, hiperreflexiv, se descrie că fiind un om curios, calm, respectuos, punctual, disciplinat, riguros, detașat, corect, „țin foarte mult la corectitudine”, hipermoral, „Hai să le spunem lucrurilor pe nume, fără să ne mai prefacem”. La mine nu merge cu „Merge și așa”.

## **Scurt comentariu la prezentare de caz TOC**

### **Instanța metareprezentatională operativă a psihismului persoanei conștiente.**

Studierea Tulburării de Personalitate Obsesiv Compulsive -TPOC - (anancastă și psihastenă), scoate în relief o importantă dimensiune reprezentatională specifică psihismului omenesc, ce se impune la aceste cazuri într-o manieră excesivă, distorsionată și desimplicată din modalitățile flexibile curente de funcționare. E vorba de instanța psihică de operare acțională pe modele, prin intermediul căreia subiectul programează și urmărește realizarea unor acțiuni ce au un obiectiv,... punând în joc funcții executive autocontrolate dintr-un centru „agențial”,... integrate în scenarii și strategii ce sunt parcurse prin etape succesive...într-o ordine ierarhică determinată..în cadrul unui „câmp acțional,, (dimensiune ce a fost modelată teoretic prin „doctrina acțiunii,,)

Conform definiției sale descriptive (din DSM-III-5), comentarea TPOC trimite la o persoană ce e excesiv preocupată cu planuri, organizări, pregătiri, schițe de acțiune, verificări etc., în cadrul unei vieți dedicată excesiv muncii, cu reducerea relaxării și a timpului petrecut împreună cu alții....printr-un comportament hiperorganizat (lipsit de spontaneitate), cu atenție crescută față de ordine, detalii și delimitări,...perseverent, încăpățânat, scrupulos, perfecționist; sunt excesive analizele și verificările, nesiguranța de sine, raportarea continuă la eventualități, incertitudinea, reluările, dificultatea deciziei și a finalizării, colecționarismul unor lucruri inutile. Relaționarea intimă cu alții e redusă, la fel ca și spontaneitatea; colaborarea în activitate e dificilă (posibilă doar dacă partenerul se supune propriului program)..raportarea la ceilalți e „serioasă,,...fără glume și distracții.. formal distantă.. oficială ...protocolar politicoasă (latent agresivă); identitatea subiectului alunecă în spatele normativității statutelor, a rolurilor și a performanțelor. În general se

comentează o variantă rigid-anancastă a TPOC și una psihastenă, ambivalent-împrăștiată

Din ansamblul caracteristicilor menționate revenim la dimensiunea psihică pe care subiectul o implică odată cu continua să proiectare în acțiuni, în proiecte; dimensiune în interiorul căreia el își elaborează strategia, succesiunea de etape a planurilor sale - care totdeauna țintesc un obiectiv pe termen lung -, chiar dacă subdiviziunile proiectului pretind și scurte acțiuni curente.

Se consideră că particularitățile TPOC derivă din trăsăturile celor etichetabili în sistemul caracteriologic Five Factor Model prin predominarea dimensiunii conștiinciozității: persoane ordonate ..organizate ..muncitoare ..performante. Proiectarea și realizarea unor acțiuni pe termen lung ce e caracteristică acestora, presupune desigur apelul la o instanță meta-reprezentățională, pe care pot fi elaborate și desfășurate asemenea planuri de acțiune, avându-se în vedere din timp eventualități multiple;..subiectul manifestându-se astfel că precaut..grijuliu, prevăzător, asigurându-se din timp față de riscuri. Esențial rămâne însă interesul continuu și persistent asupra acțiunii... cu referință la întregul definit prin scop, cu atenție acordată de agenție ordinii succesive a etapelor că părți ale ansamblului. Modelul ce se realizează în varianta TPOC potențează major nesiguranța, eventualitatea unor situații acționale dificil de controlat, continua îndoială și nevoia de asigurare; în plus, se reduce la minimum implicarea interpersonală, ceilalți fiind ținuți la o „distanță oficială,,.

O instanță meta-reprezentățională că cea la care absoarbe preocuparea persoanelor hiperconștiincioase și mi ales pe cei cu TPOC, e necesară de fapt pentru orice acțiune, indiferent de amploarea, structura și de conținutul său, ...că un cadru formal,... ce e apelat și implicat chiar la nivelul rezolvării situațiilor problematice scurte, actuale; care, de fapt, sunt în mod firesc și constant articulate cu un evantai de proiecte și preocupări de durate variabile ale

subiectului. Astfel încât ..în normalitate.. se pot avea în vedere multiple incluziuni și interferențe de planuri în instanța proiectelor unei persoane date; fapt care, în mod curent se rezolvă fluent și adaptativ. Odată cu comentarea TPOC se cer avute însă în vedere, chiar și în această direcție, unele distincții.

Astfel, tipul de proiect ce corespunde cel mai fidel acestei cazuistici, e cel al unei activități în care e prezent un cadru normativ explicit...iar alte persoane nu sunt implicate decât indirect, puțin sau deloc. Astfel ar fi activități precum: ordonarea unei arhive...sistemizarea unei colecții..ducerea la capăt a unei evidențe contabile...Dar și altele... mai ales din arie administrativă sau a unor practici în care normativitatea ordinii oficiale e reglementată (armată..justiție ).

Apelul la o instanță metareprezentativă se cere însă considerat că general în psihismul uman, prezent în orice acțiune proiectată și efectivă; el articulându-se spontan cu tradiționala funcție a memoriei (reprezentative) și a imaginarului (fantasiei); și intervenind major și în acțiuni creatoare, cum ar fi producția artistică (a unui sculptor, poet, romancier); sau în rezolvarea de probleme matematice, în practicile de cercetare științifică în general,..în cele ce implică construcțiile (e.g. arhitectura). Dar perspectiva acțiunii ce e implicată în tipologia „conștiinciozității,, și în marginea căreia se afirmă TPOC (anancastă), plasează - așa cum s-a menționat - imaginarul și relaționarea interpersonală într-o condiție secundă, aducând în prim plan problematica delimitărilor și sistemizărilor hiperordonate.

Faptul se impune pregnant când e comparată patologia OC cu cea disociativă (tradițional histerică). Făcând parte din această ultimă clasă, TP histrionică e centrată pe relaționări interpersonale promovate major, în condiție sumisivă, cu scenarii captative însoțite de teatralism, stridență hiperexpresivă și exces hiperimaginativ. TP Histrionică e centrată pe evenimentul actual pe care-l dramatizează, folosindu-se de un imaginar bogat – și nu spre realizări îndepărtate urmăritepedant și sistematic hiperconștiincios, cu atenție la detalii.

TP Histrionică are o dezvoltată capacitate narativ imaginativă, stârnind interesul altora prin povestiri atractive; și uneori deformând relatările confabulator. În plus, histrionicul disociativ, se manifestă frecvent hipovigil, oneiroid.

Instanța metareprezentatională, în care pot fi actualizate amintiri, e una în care se pot dezvolta și reverii imaginative solitare. Dar ea e și cea în care se desfășoară visul normal al oamenilor...precum și variantele anormal patologice ale oneiroidiei. Atrăgând atenția asupra instanței metareprezentationale - constitutivă pentru psihismul omenesc -, se poate menționa că ea e implicată major și în psihopatologia psihozelor. În cele din urmă, trăirile delirante, transpun subiectul în calitate de personaj dintr-un scenariu fictiv fantastic.. într-o „lume delirantă,, ce se desfășoară pe coordonatele acestei instanțe...la fel că și halucinațiile.

Invocarea tulburării instanței meta-reprezentationale la nivelul TPOC are importanță pentru psihopatologie pentru că ...modelul ce se impune la acest nivel – atât prin varianta rigid anancastă a TPOC cât și prin cea indecis ambivalentă, psihastenă a TPOC – trimit spre modele de disfuncție psihică structurală – la nivelul configuraționist al funcției „coerenței centrale,, ...care sugerează o corelație „de spectru maladiv,, între modelul ce e oferit la un capăt de către autismul developmental...și care la celălalt capăt.. se exprimă prin dezorganizarea comportamentală...inclusiv cea comunicațional verbală din schizotipie..Iar astfel.. am putea înainta în direcția modelării dezorganizării schizofene.