

Patologia obsesiv-compulsivă în perspectiva modelelor ideale: specificul său și interrelațiile tipologice cu altecentre

de patologiei psihică

Prof. dr. Mircea
Lăzărescu

Clinica Psihiatrică Timișoara

Abstract	Rezumat
<i>The obsessive pathology has a specificity that typologically-ideal can be circumscribed by: hyper-reflexive ego-dystonia; focussing on the body-self/ body-itself; the excessive and perfectionist concern toward action; uncertainty relying/berthing in unstructural possible events. Likewise the pattern of the typical/representative ideal case, there is a typological approach suggested by Jaspers'school, that allows to differentiate this pathology from other fields where continuum areas cross or oscillate. These are: -phobic anxiety; -depression; -delirious pathology; -autism and schizofrenic disturbance. The phenomenological method which tries to capture the singularity of a psychopathological state while comparing with others deserve to stay in psychopathologists' attention; only in this way, by joining the phenomenological psychopathology with the evolutionary one, the categorial nosological entities can be circumscribed, whose comorbidity can be further studied through the statistical methodologies.</i> Keywords: obsessive compulsive disorder, ideal typical case in psychopathology, formal disorders, unhealthy spectrum, co occurrence in psychopathology	<i>Patologia obsesivă are o specificitate care poate fi circumscrișă tipologic-ideal prin: egodistonie hiperreflexivă; centrarea pe sinele corporal; preocuparea excesivă și perfecționistă față de acțiune; incertitudine cu ancorare în eventualități posibile nestructurate. O abordare tipologică după modelul cazului tipic ideal sugerată de școala lui Jaspers permite diferențierea acestei patologii de alte domenii cu care se intersectează sau realizează zone de continuum. Acestea sunt: anxietatea fobică; depresia; patologia delirantă; autismul și dezorganizarea schizofrenă. Metoda fenomenologică care încearcă să surprindă specificul unei stări psihopatologice prin comparație cu altele merită să rămână în atenția psihopatologilor. Doar pe această cale, articulând psihopatologia fenomenologică cu cea evoluționistă, se pot circumscrie entitățile nosologice categoriale, ale căror comorbiditate poate fi ulterior studiată prin metodologii statistice.</i> Cuvinte-cheie: tulburare (patologie) obsesiv-compulsivă, caz tipic ideal în psihopatologie, tulburări formale, spectru maladiv, coocurență în psihopatologie

Locul patologiei obsesiv-compulsive în sistematica nosologiei psihiatrice

Patologia obsesivă ocupă un loc aparte în nosologia psihiatrică. Ea a fost identificată din perioada constituirii psihopatologiei descriptive, în secolul al XIX-lea, a format obiectul importante sinteze pe care a realizat-o la începutul secolului XX Janet⁽¹⁾ sub cupola psiasteniei și a fost comentată ca nevroză obsesională de către Freud⁽²⁾, prilejuind importante elaborări în interiorul doctrinei psihanalitice, mai ales în ceea ce privește mecanismele de apărare ale eului. În cadrul psihopatologiei clasice germane care a urmat liniei lui Jaspers, ea s-a menținut în orbita tulburărilor formale, care depășesc experiențele reactive (Erlebnisreaction) negative.^(3, 4) În apropierea apariției DSM-III, interesul pentru această patologie a scăzut, pentru ca el să se reactiveze din nou după 1980, cu foarte importante contribuții în etiopatogenie – e.g. rolul infecțiilor, al sistemului imunitar,

al anumitor circuite cerebrale – și în terapie.⁽⁵⁾

Patologia obsesiv-compulsivă a făcut obiectul unor progrese terapeutice, atât medicamentoase – prin utilizare SSRI –, cât și psihoterapeutice –, prin tehnicile comportamental-cognitive, de provocare controlată.⁽⁶⁾ Ea a atras atenția în mod special doctinelor cognitive, care au elaborat modele cognitive metareprezentationale⁽⁷⁾, dar și a celei dezvoltate și evoluționiste. Statutul ei nosologic a rămas însă ambiguu.

Psihastenia lui Janet a fost un cadru clinic larg, în care obsesionalitatea a fost descrisă împreună cu simptomele anxioase, fobice, de depersonalizare, prevalente și chiar de transparență-influență și dezorganizantă. Corelațiile cu anxietatea și fobia au atras mult timp clinicienii, ea configurând un timp “nevroză obsesiv fobică” în cadrul școlii sovietice și nu numai.⁽⁸⁾ Psihiatrii americani au fost, de asemenea, atrași de această idee și în cla-



FOTO: COLECȚIA A. TRANULIȘ, - VIOLETA MATEESCU, O LUME SATANIZATĂ 12

sificarea oficială a DSM-IV,⁽⁹⁾ tulburarea obsesiv-compulsivă a fost și rămâne în clasa tulburărilor anxioase. În schimb, tradiția europeană, întâi cea germană și apoi cea britanică, a considerat constant că e vorba de o tulburare distinctă de patologia anxioasă, fapt ce a argumentat plasarea sa separată în Clasificarea Internațională a Bolilor editată de OMS, ICD-10 (1992).⁽¹⁰⁾ Tot tradiția ICD-10 europeană a acceptat o tulburare de personalitate corelată acestei patologii, numită anankastă în Germania și psihastenă în Franța. Faptul se articulează și cu comentarea de către psihanaliză a unei structuri caracteriale aparte, denumită “anală”. Corelațiile și articulațiile între tulburarea obsesiv-compulsivă episodică și tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (TPOC și anankast) nu au fost nici un moment clare pentru clinicieni. Aceste corelații apar confuze și în urma studiilor epidemiologice. Un moment important în dezbaterile nosologice a acestei patologii l-a constituit comentarea spectrului tulburării obsesiv-compulsive (STOC) de către echipa al cărei reprezentant

simbolic era Hollander.⁽¹¹⁾ Spre deosebire de felul în care ideea de spectru se aplică în alte domenii clinice, ca de exemplu autismul sau bipolaritatea,⁽¹²⁾ pentru TOC, el nu e unidirecționat, ci se răspândește în trei direcții cărora li se atribuie o justificare clinic psihopatologică. Și anume:

- între polul compulsiv și cel impulsiv (jocuri de noroc/tricotilomanie/ticuri);
- între polul cognitiv (obsesiv) și cel motor (compulsii/ticuri/mișcări involuntare);
- între polul incertitudinii (obsesii/compulsii) și cel al certitudinii (prevalență/delir).

Aceste axe, care se extind spre tulburări comportamentale impulsive, tulburări motorii neurologice și tulburări delirante psihotice, nu au în vedere anxietatea și depresia, care sunt presupuse ca eventuale comorbidități. Dezbaterile ulterioare au adus însă în discuție și aceste domenii, precum și altele, astfel încât în 2007 consiliul specialiștilor a analizat raportarea STOC la tulburări afective, anxioase și adictive, subliniind independența, în raport cu acestea doar a TOC și a STOC.⁽¹³⁾

Corelarea, diferențierea și coocurența dintre patologia obsesivă și alte tulburări psihice se fac, în prezent, prin studii statistice, pornind de la definirea categorială a entităților clinice în sistemele internaționale actuale DSM-IV-TR și ICD-10. În aceste sisteme, tulburările categoriale sunt circumscrise printr-un număr de itemi, dintre care unul minim trebuie să fie prezent. Această caracterizare presupune ea însăși o fundare, care să fie alta decât cea a tradiției clinice și a opiniei experților. O astfel de fundare implică însă, de obicei, un câmp doctrinar. Actuala conjunctură în care se realizează o conjuncție a principalelor doctrine psihopatologice, între care se numără cognitivismul, orientarea neofenomenologică, cea developmentală și evoluționistă, este favorabilă acestei idei. Mai ales evoluționismul a revigorat gândirea psihopatologică, trimițând la structuri funcționale psihice adaptative selecționate filogenetic. Care, din anumite cauze, se manifestă disfuncțional, conducând la sindroamele psihopatologice. Dat fiind specificul psihologic al omului, fenomenologia și cognitivismul pot aduce completări fructuoase acestei viziuni.⁽¹⁴⁾ Se profilează astfel, în prezent, șansa de a repune în discuție bazele nosologiei psihiatrice, prin trimiteri la structuri antropologice bazale. Acest demers presupune însă o reinvestire a metodologiei cazului tipic exemplar, care să expună elementele esențiale și specifice ale unei tulburări.⁽¹⁵⁾

Vom tenta această metodologie cu privire la patologia obsesivă înțelegând așa cum s-a afirmat de la început în ansamblul său, care implică tulburarea episodică de diverse intensități, tulburarea de personalitate anankastă (obsesiv-compulsivă), precum și variantele marginal-normale ale acestora. Aceasta e, de altfel, și metodologia înțelegerii unui spectru psihopatologic în general. Lăsând acum la o parte particularitățile spectrului obsesiv-compulsiv, în specificul său e important să comparăm patologia obsesiv-compulsivă (OC) cu domeniile psihopatologice care o înconjoară și îi sunt cele mai apropiate simptomatologic și structural: anxietatea, fobia, depresia, delirul, dezorganizarea schizofrenă și autismul. După acest demers, vom încerca să precizăm locul special pe care-l ocupă obsesionalitatea în psihopatologie și posibilul avantaj ce ar decurge din studierea ei pe modele ideale pentru clarificarea tulburărilor formale din psihopatologie.

Profilul psihopatologic specific al obsesionalității

Specificitatea patologiei obsesive ar putea fi subliniată în perspectiva cazului tipic ideal prin următoarele patru aspecte: a. Egodistonia hiperreflexivă; b. Interes centrat pe limitele și proximitatea sinelui corporal; c. Preocupare excesivă și perfecționistă față de activitate, acțiune, precum și față de ordine, ordonare; d. Incertitudine și ancorare în posibile nestructurate. Alte specificități, cum ar fi preocuparea față de numere și detalii, ar putea fi cuprinse în precedentele.

a. Egodistonia hiperreflexivă nu se mai regăsește în psihopatologie sub această formă în nici un alt sindrom. Subiectul resimte că din el însuși izvorăsc gânduri, intenții de act și acte cu care nu e de acord, dar pe care nu le poate îndepărta și opri. El e atent, hiperanalitic la sine, la interioritatea propriului psihism, la ideile care-i vin, la motivația actelor, la decizie și la execuție. Și la fel, e hiperatent la ambianță și la alții, simțind nevoia de a avea totul sub control.

b. Atenția crescută, continuă și analitică, acordată propriului corp și funcționării sale, face ca schema și imaginea sa corporală să fie continuu în vizor. Incertitudinea limitelor corporale susține simptomul contaminării, care este întru totul specific obsesionalității. Iar fragilizarea imaginii corporale face ca în spectrul TOC să fie constant plasat sindromul distormfic. Interioritatea corpului poate fi și ea problematizată obsesiv, deși această temă e egal răspândită și în zona anxietății fobice, și în cea a preocupărilor prevalente. Specifică obsesionalității este însă nevoia de control și ordonare a ambianței proxime, cea care înconjoară imediat corpul și care se referă, de obicei, la locuință și lucrurile uzuale. Comportamentul obsesiv de ordonare și curățenie a ambianței proxime prelungește, în principiu, ablutomania.

c. Preocuparea excesivă și perfecționistă față de activitate și față de ordine este și ea un aspect cu totul specific obsesionalității. Obsesivul e atașat de muncă și acțiune, el nu poate sta nici un moment fără a face ceva. Lăsând la o parte aspectul comportamental al compulsiilor – și ritualurilor, ceremoniilor – care definesc tulburarea, un aspect caracteristic este preocuparea constantă cu acele aspecte ale psihologiei subiectului uman care au fost etichetate ca “funcții executive”. În toate circumscrierile și descrierile, obsesivul e caracterizat prin faptul de a fi preocupat mereu de planuri, proiecte, organizări, variante de acțiune, strategii, evaluări, eventualități, controale, verificări. Obsesivul “nu poate sta fără să facă nimic”, pur și simplu relaxându-se și contemplând, pierzând vremea în discuții obișnuite cu alții sau “empatizând”. În viziunea lui Baron-Cohen, care distinge două modalități bazale de funcționare a psihismului uman: empatizarea și sistematizarea, obsesivul se afirmă prin “hipersistematizare”, la fel ca autistul.⁽¹⁶⁾

Activitatea, exprimând funcțiile executive, aduce în prim-plan o preocupare crescută față de ordine. Mai precis, față de ordinea succesiunii etapelor ce conduc spre finalul acțiunii. Preocuparea continuă față de planificarea și organizarea acțiunii făcute de obsesiv exprimă această înclinație. Dar preocuparea față de ordine se exprimă și în grija sa față de spațiul proxim al casei, camerei și obiectelor personale. Toate trebuie să fie într-o ordine fixă, “la locul lor”. La acest nivel, nevoia de ordine se conjugă cu cea de control și de curățenie pentru evitarea contaminării. Hiperordinea din ambianța proximă se poate corela cu intoleranța la schimbare. Tendința generală de

sistematizare se extinde însă la obsesiv, și mai departe de ordonarea ambianței și a proiectelor de acțiune. El simte nevoia de a menține o ordine rigidă în relațiile sale sociale, în programul său de viață, în sistematizarea și ordonarea obiectelor și bunurilor pe care le posedă, în special a colecțiilor pentru care se pasionează.

E important să se precizeze că preocuparea tensionată pentru ordine exprimă o fragilitate în acest domeniu. Dincolo de o limită, aceeași persoană poate trece într-o marcată dezordine generalizată. Sau, concomitent, subiectul controlează hiperordonat anumite zone ale existenței sale, manifestându-se hiperdezordonat în altele.

d. Incertitudinea și ancorarea în posibile nestructurate reprezintă o caracteristică a obsesionalității care se exprimă în plan comportamental și mental. Comportamental, caracteristice sunt indecizia, oscilația ambitendentă între două variante opuse, renunțarea la un proiect ce a fost început pentru o altă variantă sau direcție de acțiune. La fel ca și în cazul cuplului: hiperordine crispată și repetată obsesiv/versus dezordine, și la acest nivel se poate înregistra un cuplu care constă în: comportament rigid desfășurat după un algoritm fix și neschimbabil/versus indecizie cu tatonare, renunțări, devieri și dificultăți de a finaliza.

Un alt aspect al incertitudinii este nesiguranța în legătură cu realitatea percepută și cu semnificația ei. Aceasta stă la baza repetatelor verificări pe parcursul sau în corelație cu o acțiune și în raport cu obținerea unei informații, de veridicitatea și utilitatea căreia obsesivul caută să se asigure, repetând întrebarea sau căutând informații în variate surse. Posibilitatea capătă preeminență în raport cu realitatea nemijlocită; iar eventualitățile se pot multiplica la infinit, în acest plan al posibilului. Fapt ce conduce, nu doar la apragmatism, ci și la derealizare. Mai precis, posibilitățile își pierd calitatea de implicat util al raționamentului și al raportării active, se autonomizează, fapt ce diluează consistența prezentului trăit.

Prin toate caracteristicile menționate, care se întretes între ele, obsesivul ajunge să se raporteze deficitar la timpul trăit. Prezentul nu are intensitate și pregnanță; trecutul invadează prezentul sub formă de obsesii necontrolabile; viitorul se prezintă ca eventualități multiple, ce nu pot fi ancorate într-o sinteză.

În ansamblu, obsesivul nu "locuiește", nu se "înfrădăcinează" stabil în limitele corpului său, în ambianța unei case sigure și într-un prezent bine structurat.

Profilul fenomenologic al obsesionalității, așa cum a fost conturat mai sus, se cere comentat în raport cu profilul semiologic-fenomenologic al tulburărilor de care obsesionalitatea e apropiată, cu care se poate articula, dar fără a se confunda. Cele mai importante domenii sunt: anxietatea fobică, depresia, prevalența, delirul, dezorganizarea. Alte direcții, cum ar fi

impulsivitatea și adicția, sunt și ele importante, dar în plan secundar. În continuare se va proceda la o analiză psihopatologică a acestor domenii și a zonelor în care ele se conjugă cu obsesionalitatea.

Anxietatea și fobia în relația lor cu obsesionalitatea

Atât frica normală, cât și fobia patologică se caracterizează prin faptul că ele constau în teme cunoscute, privitor la pericole ce pot fi prezente în anumite locuri și în anumite momente temporale; fapt ce permite conduite de evitare, asigurare, apărare. La om, cele mai multe frici sunt învățate sau descoperite în cursul ontogenezei. Fobiile psihopatologice se caracterizează prin intensitatea majoră a trăirii neplăcute, anxioase, în condițiile întâlnirii cu "obiectul fobogen", precum și prin faptul că, de obicei, originile, cauza acestei frici e neclară pentru subiect și anturaj. Fobiile se plasează de obicei în aceeași clasă a "tulburărilor anxioase" cu anxietatea generalizată și atacul de panică. Anxietatea generalizată (AG) constă din sentimentul unui pericol neprecizat, ce susține o neliniște psihomotorie și o stare de alertă hipervigilă, cu îngrijorare, investigare și preocupare pentru un eventual eveniment nociv, necunoscut, iminent. Atacul de panică (AP) constă din echivalentul psihocorporal al unei stări de spaimă sau teroare, care se manifestă paroxistic și nemotivat. Anxietatea de așteptare constă dintr-o trăire anxioasă ce se instalează atunci când devine probabilă întâlnirea cu situația sau obiectul fobogen, sau anumite informații sugerează apropierea unui atac de panică.⁽¹⁷⁾

Trăirile fobice se împart în mai multe clase, principale fiind: fobii spațiale (de spații înguste, înalte, largi); fobii speciale: de animale (fenomene sau situații speciale), de sânge, boală, condiții medicale, agorafobia sau fobia de spații neasigurate, departe de casă, de obicei aglomerate; fobia socială (de evaluare negativă în manifestările sociale) și fobiile anankaste sau obsesive (de utilizare a unor obiecte sau situații pentru a face rău altora sau sieși).

În afara ultimei situații, care necesită un comentariu special, patologia fobică în esența ei se diferențiază net de cea obsesiv-compulsivă/anankastă, existând însă unele zone de articulare. Comentariul se poate face cel mai bine în raport cu agorafobia, care poate fi considerată prototipul trăirilor fobice.

Agorafobia constă din fobia de spații îndepărtate de zona protectivă a casei, în care subiectul, singur, e prezent și trebuie să acționeze, de obicei în mijlocul unei aglomerații umane necunoscute. În aceste condiții apare un atac de panică. Dacă el se repetă, se instalează teama fobică. Subiectul știe în ce împrejurări poate apărea starea de rău și evită deplasarea în afara casei, departe, în mijlocul aglomerației. El nu mai merge la cumpărături în magazine, nu mai utilizează mijloacele de transport aglomerate, refuză spectacolele și sărbătorile comunitare. Sau participă la toate acestea, dar precaut, pentru puțin timp, în-

soțit, asigurându-se că la cel mai mic semn de disconfort se poate retrage. Însăși deplasarea pe stradă, în afara casei, poate fi dificilă. La copil, fenomenul se poate manifesta și ca fobie de școală, mai ales dacă în clasă a fost primit nefavorabil sau a avut evenimente în care s-a făcut de rușine. Poate fi afectată plecarea în excursii, în tabere sau pur și simplu deplasarea în alte localități, mai ales cu trenul sau avionul, cazuri în care se adaugă fobii spațiale (claustrofobia = frica de spații înguste, din care nu poți scăpa când vrei; acro sau batofobia = fobia de înălțime).

Psihopatologia agorafobiei evidențiază, la nivel simptomatic, exterior, diferențe de poziționare în raport cu patologia obsesivă, în primul rând la nivelul spațiului antropologic trăit.^(18, 19)

Agorafobie:

- acasă sau în spații protejate; subiectul nu are nici o simptomatologie;
- starea de rău cu atac de panică e condiționată de spațiul public aglomerat și necunoscut;
- proiectul deplasării în spațiul public și însăși deplasarea induc anxietatea de așteptare, care are elemente obsesive;
- prezența unui protector reduce simptomatologia;
- lumea e partajată într-un spațiu favorabil și un spațiu nefavorabil.

Obsesiv:

- nu există partajare între spațiu protejat/favorabil și spațiu neprotejat/periculos;
- pericolul se cantonează la limita propriului corp/contaminare și în ambianța imediată a camerei/ordonare, curățenie;
- starea de rău nu e previzibilă, de evitat, de liniștit prin asigurare; indiferent ce persoană e în apropiere, răul e continuu;
- patologia nu e intermitentă și paroxistică, ci continuă.

Cu toate diferențele menționate, între cele două condiții există și un element de articulare, care este anxietatea de așteptare. Aceasta e prezentă în unele stări obsesive.

O altă condiție în care se pot constata unele interferențe între obsesionalitate și fobie este însuși simptomul central al contaminării.

Trăirea contaminării este specifică obsesionalității și exprimă o distorsiune patologică a trăirii schemei corporale, care își pierde valența de delimitare și protecție. De reținut e faptul că pierderea protecției se face în raport cu agresiunea unor agenți invizibili, neperceptibili: microbi, murdărie, substanțe etc. Suntem într-un domeniu semiologic special, intermediar între tulburările de percepție și cele delirante, domeniu în care se plasează și alte trăiri psihopatologice, ca depersonalizarea, derealizarea, trăirile senzitiv-reționale, cele de referință etc. Această zonă psihologico-psihopatologică, care se cere elaborată mai clar prin modele comprehensive, este una în care funcționează delimitarea persoanei corporale în

raport cu ambianța accesibilă, care “poate conține” elemente perceptibile. În cazul trăirilor de referință, subiectul resimte în mod special ceea ce el percepe ca având o semnificație (nelămurită) care-l vizează. În cazul contaminării, pacientul nu percepe nimic, dar “resimte” o agresiune invizibilă, cu “ceva rău”, pe care-l etichetează simbolic ca murdărie. Murdăria există, desigur, efectiv, dar ea constă mai ales din plasarea dezordonată a elementelor perceptibile. Ordinea perfectă și lustruită, imobilă a lucrurilor, este singura care mai poate atenua sentimentul invaziei contaminante.

Trăirea contaminării, spre deosebire de ceea ce se petrece în agorafobie, are loc în propria casă, în propria cameră, la limita spațială exterioară a corporalității.

Intima apropiere de corporalitate a “fobiei de microbi” o distinge net de etalonul fobic al agorafobiei, care desparte lumea personală în două zone spațiale. Cea a spațiului în care subiectul se simte în siguranță și care în mod firesc e zona casei, a locuinței, în care el se simte protejat. Și o zonă exterioară, mai mult sau mai puțin îndepărtată, în care se plasează obiecte și evenimente periculoase; zonă cunoscută, reprezentată, ce poate fi evitată sau față de care te poți asigura. Obsesivul nuclear își trăiește psihopatologia spre deosebire de fobicul nuclear, mai ales acasă. Și aceasta nu doar prin situația contaminării, ci și prin celelalte domenii ale obsesionalității: nevoia de ordine și ordonare care vizează preajma; colecționarismul, care constă în aducerea în propria casă a unor obiecte străine și inutile; compulsia de a face rău celor apropiați. Ne aflăm, deci, în două zone psihopatologice care se diferențiază în esența lor prototipică.

Totuși, zone de tranziție și suprapunere între obsesionalitate și fobie există. Pornind de la situația standard mai sus amintită, e posibil ca sentimentul contaminării să se amplifice în zonele publice în care realmente sunt mai multă murdărie și praf; precum și mai multe dezordini necontrolate. Astfel, “fobia de microbi” își poate atașa, secundar, fobia de zone publice murdare. Dar punctul de plecare e cu totul diferit, fiind vorba doar de o intersecție. În acest sens sunt edificatoare analizele psihopatologiei evoluționiste și developmentale.

Evoluționismul arată cum atât alerta anxioasă, cât și anxietatea de tip agorafobic derivă din modele adaptative. Cu cât un animal se îndepărtează de cuibul în care se află grupul familial, înaintând în teritoriul necunoscut, cu atât crește starea de alertă, care ridică nivelul de funcționare a organelor receptive și efectoare, pentru a face față rapid la orice stimul necunoscut, posibil periculos. Mirosul, privirea, auzul își cresc acuitatea, musculatura e în hipertonie, vigilitatea cerebrală e crescută, privirea investigatorie scanează ambianța, hiperpneea și tahicardia asigură un consum crescut de oxigen. Ansamblul acestor manifestări este trăit de om în situații similare de

investigare psihocorporală, într-un teritoriu posibil periculos. Ele stau la baza simptomatologiei anxietății generalizate. Atacul de panică poate fi considerat echivalentul unei spaime. Cu cât depărtarea de locuința protejată e mai mare, cu atât șansa ca el să se producă crește.

În cazul agorafobiei umane intervin desigur și alți factori. Unii dintre aceștia sunt posibile deficiențe de calcul al distanțelor ce pot condiționa fobiile spațiale simple. Calculul mental spontan al apropierii sau depărtării de obiecte sau de unele ființe poate induce iluzia unei prea mari apropieri, cu consecința unui sentiment de sufocare claustrofobică. Sau a unei prea mari îndepărtări, cu pierderea punctelor de sprijin și vertij, ca în răul din traversarea unei piețe largi.

Dar, la om, ceea ce intervine specific este relația de atașament. Între 8 luni și 3 ani se realizează un proces psihologic de atașament față de imagoul matern, ale cărui prezență și reprezentare liniștesc și încurajează subiectul pentru acțiune, susțin spontaneitatea, curajul investigării exploratorii. Bowlby, care a studiat în detaliu atașamentul la copil, a avansat ideea “introjectării” imagoului maternal, a prezenței sale încorporate și reprezentative în însăși structura psihismului, într-o instanță pe care a numit-o “internal working model”.^(20, 21) Astfel, și când nu e prezentă fizic, mama securizantă poate liniști copilul, sprijinind explorarea teritoriilor și situațiilor necunoscute. În cazul în care această instanță e insuficient consolidată, explorarea în afara spațiului protector al casei devine fragilă și plină de risc. Este tocmai cazul agorafobiilor.

Relația de atașament și existența unei instanțe intrapsihice care-i reprezintă pe alții, de obicei în ipostaza lor securizantă, de imagine și susținere pentru explorare și asertare, sunt importante și pentru înțelegerea fobiei sociale. Aceasta constă în fobia de manifestare asertivă în fața unui public puțin cunoscut, cu expectanța unei evaluări negative din partea acestuia. În acest caz, e mai evident prezentă operarea pe un model metareprezentativ în care intervin posibilitățile. Deci, o apropiere între modelul fobic al confruntării nemijlocite cu o situație periculoasă – care e memorată și apoi evitată – și cel al ruminației asupra posibilităților sau eventualităților unei evaluări negative. În cazul fobiei sociale intervine și procesul de mentalizare – cel al “teoriei minții” – prin care subiectul inferează asupra stărilor mentale ale altora. La acest nivel nu se va face o analiză în această direcție, dar se semnalează extinderea fobiei spre o manifestare anxioasă de tip obsesional.⁽²²⁾

Atașamentul este incriminabil și în alte tipuri de trăiri în care anxietatea fobică și obsesionalitatea se pot apropia. Este vorba de preocuparea obsesiv-fobică de a nu i se întâmpla ceva rău unei persoane de care subiectul este atașat și care nu este momentan în apropiere, în vizorul controlului persoanei.⁽²³⁾ Această îngrijorare este în esență anxioasă și face



FOTO: COLECȚIA A. TRANULIS, - VIOLETA MĂTEESCU, O LUME SATANIZATĂ 18

parte din recuzita sindromului de anxietate generalizată. Ea se poate manifesta ca îngrijorarea de a nu se întâmpla ceva rău persoanei iubite. Mama – și în general ambii părinți – înainte de o primă naștere trăiesc frecvent astfel de îngrijorări obsesive. Și la fel e îngrijorarea față de buna evoluție a nou-născutului. Toate aceste trăiri sunt comprehensibile, firești și adaptative, exprimând o zonă de interferență cu obsesionalitatea.

În sfârșit, încă o zonă de interferență se poate identifica în jurul ritualurilor, care au o încărcătură magică. Aceste comportamente au o variantă sau un echivalent în modele sociale. Înainte de o acțiune importantă sau riscantă – începerea unei construcții, o situație de confruntare războinică – este invocată protecția unei ființe transcendente, prin ritualuri. Și indivizii pot recurge la astfel de acte, de exemplu la plecarea într-o călătorie sau înainte de începerea unei acțiuni importante. Actul ritualic este antianxiogen. În copilărie pot fi trăite repetat ritualuri antianxiogene, corelate cu actele cutumiere, cum ar fi culcatul sau plecatul de acasă, cu apel la persoanele protectoare. Repetitivitatea ritualului îl plasează în apropierea obsesionalității; iar funcția antianxiogenă ce corelează de patologia anxioasă.

Rezumând cele commentate, se poate afirma că între patologia nucleară a obsesionalității și cea a fobiei există zone de intersecție care sunt susținute mai ales de anxietatea de așteptare, ce face corp comun cu îngrijorarea anxioasă, în plan imaginativ, metareprezentativ. Această obsesionalitate, ce vine

din direcția anxietății fobice, se poate desfășura în raport cu orice fobie, dacă există perspectiva întâlnirii cu obiectul fobogen. Ea este uneori importantă în aria îngrijorării față de persoanele de care subiectul e atașat. Cazuri speciale vin din direcția obsesionalității, fiind reprezentate de șansa crescută a contaminării în spațiile publice și ritualurile magice de asigurare.

Interferența între obsesionalitate și depresie

Deși comorbiditatea patologiei TOC cu depresia e considerată frecventă, fiind evaluată până la 80%, articularea structurală se realizează doar în puține zone, pentru unele subtipuri.

În prim-plan pot fi menționate retragerea socială cu repliere pe sine autoanalitică și sentimentul culpabilității. Aceste manifestări nu se desfășoară însă după modelul tipic depresiv, care implică și o inhibiție, și o bradipsihie generalizată.

TOC se manifestă prin retragere socială și repliere pe sine ruminativă și necompliantă. În cazul său, eventuala reducere a activității este secundară nu inhibiției psihomotorii și anhedoniei motivaționale, ci timpului prelungit care e afectat confruntării cu obsesiile compulsive și nehotărârii. Nehotărârea poate fi considerată o punte între depresie și obsesionalitate; dar e mai specifică ultimei.

Trăirea culpei este caracteristică unei clase importante de obsesivi; dar ea nu apare în maniera nemotivată ca la depresiv. Dimpotrivă, pacientul găsește argumente, uneori serioase, pentru sentimentul său de vinovăție. Aceste argumente fac parte din recuzita trăirilor autoanalitice, hiperreflexive, egodistonice ale obsesivului.

La un prim nivel se poate plasa sentimentul de autodeprecieri ce rezultă din neîmplinirea sarcinilor propuse. Dat fiind perfecționismul său caracteristic, obsesivul nu e niciodată perfect mulțumit de ceea ce face. Date fiind tendința autoanalitică și atenția crescută acordată detaliilor, obsesivul poate decontextualiza multe evenimente minore, supraevaluându-le negativ, în cadrul a ceea ce s-a numit scrupulozitate. Tradițional, aceasta a stat la baza obsesiei spovedaniei, înregistrată în literatură de multe secole.⁽²⁴⁾

În mod central, culpabilitatea obsesivului poate fi întreținută de obsesiile agresive, sexuale și religioase pe care unii din obsesivi le dezvoltă. Această simptomatologie reprezintă una din cele patru clustere ale simptomatologiei din TOC, alături de contaminare, simetrie și colecționism.⁽²⁵⁾ Subiectul trăiește idei, intenții de act care contravin normelor sociale și morale. Idei cu care este în dezacord, de care se desolidarizează, dar nu le poate îndepărta. Poate fi vorba de injurii publice, acte blasfemiatoresc (în biserică), intenția de a distruge bunuri, de a agresa persoane neajutorate (copii, bătrâni), mai ales persoane apropiate sufletește. Exemple clasice sunt: obsesia mamei de a-și agresa sau omorî propriul copil, inten-

ția de acte sexuale perverse cu minori, de incest etc. Luptând împotriva acestor obsesii, subiectul dezvoltă "compulsii acoperite": se roagă, face acte simbolice de anulare retroactivă, se spovedește repetat. Sentimentul de culpabilitate poate crește prin fenomenul "fuziunii act/gândire": subiectul e convins că deja obsesia s-a realizat sau că prin ea a participat la creșterea posibilității ca aceasta să se întâmple. În consecință, recurge la verificări obsesive privitoare la faptul⁽²⁶⁾ dacă actul respectiv s-a produs sau nu.

În sfârșit, sentimentul de culpabilitate a obsesivului poate deriva din inferențe anormale ale posibilelor consecințe ale actelor sale.

Verificarea actelor zilnice din gospodărie, ca închiderea gazului, apei, ușii, stingerea focului, luminii etc., au la bază, probabil, o disfuncție neuropsihologică la nivelul desfășurării funcțiilor executive, prin care se semnalizează central că obiectivul unei acțiuni a fost atins. În cadrul modelului particular de raționament probabilistic al obsesivului, ele pot fi însă corelate cu consecințe nefavorabile pentru alții, ale propriei neglijențe, care întrețin culpabilitatea.

Neînchiderea gazului ar putea conduce la intoxicația celorlalți, neînchiderea ușii, la un furt devastator etc. În acest mecanism pot intra însă și alte obsesii clasice: nespălatul suficient pe mâini ar putea duce la contaminarea și îmbolnăvirea altora, necurătenia și dezordinea din casă, la posibile alte catastrofe. În general, neîmplinirea ritualurilor e corelată cu o gândire magică a unei nenorociri ce se va întâmpla, pentru sine și eventual pentru alții.

Cele trei surse ale culpabilității pe care o pot trăi obsesivii arată că ea este, în mod esențial, distinctă de culpabilitatea masivă a depresivului, lipsită de orice argument sau corelată cu minore evenimente biografice. În plus, spre deosebire de depresiv, obsesivul este egodiston, hiperreflexiv, autoanalitic, se luptă cu el însuși. Și apoi, e preocupat de acțiune, încearcă să facă tot timpul ceva, operează în permanență cu posibilități, are o constantă tendință la dispersie și exercită un control permanent asupra tuturor aspectelor situației, verificând fără încetare.

Nici una din aceste caracteristici nu e proprie depresivului tipic. În forma inhibată, în depresie e prezentă o lentoare psihomotorie generalizată, ce poate ajunge la stupor.

Se mai întâlnesc absența apetitului cu scădere în greutate și constipație, trezire matinală cu perturbarea bioritmurilor. În forma anxioasă a depresiei e prezentă o continuă neliniște psihomotorie, ce poate ajunge la agitație și raptus. În ambele variante, sunt prezente lipsa de speranță și ideea suicidară. Preocupările cenestopate, hipocondriace nu au corelație cu limitele corporalității și cu contaminarea.

Depresivul poate prezenta uneori ruminații mentale privitoare la propria-i vinovăție. Dar acestea se desfășoară egosinton, în absența acelei dedublări psihice care e specifică obsesivului.

Replierea pe sine și sentimentul culpabilității constituie o verigă care poate articula patologia obsesivă de cea depresivă. Dar într-o unică zonă, într-un unic unghi. În rest, patologia obsesională, cea depresivă și cea anxios fobică rămân, în structura lor tipic ideală, modalități psihopatologice distincte. Acest fapt nu anulează posibile coocurențe. Obsesivul, care în varianta sa tipică, este rece afectiv și indiferent, poate fi invadat de anxietate secundară, ce rezultă din conținutul trăirii agresive inacceptabile. Dar e posibilă și o reală comorbiditate cu variate forme de patologie anxios fobică: anxietate generalizată, fobii speciale, spațiale, agorafobie, fobii sociale etc. În toate aceste cazuri e important ca diagnosticul simptomatic să fie cât mai detaliat și analizat structural. De asemenea, nu este exclusă comorbiditatea cu o patologie din spectrul bipolar, cu stări clinice de manie sau depresie sau doar cu manifestări ciclotime sau de depresie monopolară. În legătură cu acest aspect ar mai fi de făcut un comentariu în legătură cu *Tipus Melancolicus*, descris de Tellembach.⁽²⁷⁾

În a doua jumătate a secolului XX, Tellembach a prezentat o construcție psihopatologică de sorginte fenomenologică și configuraționistă, care prezintă un model pentru patologia monopolar depresivă. La bază era pus un tip caracterial special, *Tipus Melancolicus*, caracterizat prin atașament exagerat față de muncă și ordine, însoțit de perfecționism. Adeziunea față de ordine includea și un anumit imobilism, o așezare rigidă în tradiționalism. Viața omului se transformă însă mereu, prin etapele ontogenezei, prin evenimentele și schimbările ce se petrec. Dar și pe baza unor bio-psiho-ritmuri antro-po-cosmice, internalizate în structura persoanei. În cazul lui *Tipus Melancolicus*, situația “endogenului” psihismului persoanei e de așa natură, încât subiectul nu poate face față schimbărilor importante din viață, la care ar trebui să se readapteze. Cu ocazia acestor schimbări, ies la suprafață predispozițiile endogene pentru depresie și se manifestă episoade depresive.

În modelul lui Tellembach nu e vorba de comorbidități, ci de o unitate între vulnerabilitate, tipologia caracterială, bio-psiho-ritmicitate și evenimentele psihosociale de declanșare. Caracteristicile caracteriologice ale lui *Tipus Melancolicus* sunt similare cu o variantă a structurii caracteriale anankaste (obsesiv-compulsivă), așa cum a fost ea descrisă în literatura germană clasică (Petrilowitsch)⁽²⁸⁾, sugerând o apropiere structurată între obsesionalitate și depresie. Abordările recente, inclusiv fenomenologice, indică însă o serie de diferențe. Cea mai importantă este că anankastul are o tendință spre “dispersie”, spre coeziune, spre “centralitate”.⁽²⁹⁾

Modelul lui Tellembach rămâne o importantă tentativă de tipologie a psihopatologiei clasice.

Patologia obsesivă și patologia delirantă

În concepția spectrului TOC a lui Hollander, una dintre cele trei mari direcții se întinde de la incerti-

tudinea obsesivă la certitudinea delirantă. Dincolo de această sugestivă, dar vagă polarizare, aspectele clinice invocate acoperă o zonă tematică restrânsă, ce gravitează în jurul corpului trăit. Tema contaminării, specifică obsesionalității și exprimând fragilitatea schemei corporale, evoluează realmente în multe cazuri spre o formă și intensitate delirante. Cealaltă temă corelată cu obsesionalitatea și des invocată, cea a dismorfofobiei – care exprimă vulnerabilitatea imaginii corporale –, se întinde și ea pe diagrama ce începe la anxietatea fobică și trece prin obsesionalitate, desfășurându-se specific în zona prevalenței și putând ajunge la intensitatea unui delir monotematic.

Apropiată acesteia e preocuparea pentru talia corporală din anorexia mentală a tinerelor fete și din sindromul Adonis⁽³⁰⁾ al adolescenților (preocuparea pentru un corp muscular).

Mai este invocată hipocondria, care poate avea aceleași etape, faza obsesivă manifestându-se cu particularități. În rest, alte teme delirante nu se manifestă în acest spectru în psihopatologia generală, deși ele sunt multiple. De exemplu, doar în aria delirului monotematic, acesta poate viza: descendența ilustră, înlocuirea rudelor (Capgras), invenția, bogăția, erotomania, gelozia etc. Aspectul interesant și care se cere subliniat este că importanta temă a paranoidei nu se agregă în această zonă. Chiar trăirile senzitiv relaționale apar doar ca secundare problematizării aspectului corporal, ca în dismorfofobie. Specific patologiei obsesive este să trăiască intenții agresive împotriva altor persoane, pe care le simte că izvorăsc din el, cu care se luptă și care-i întrețin sentimentul de culpă. Pe când agresarea sa o resimte ca venind din partea unor agenți impersonali și invizibili – microbi, murdărie, substanțe –, care-i penetrează limitele persoanei corporale. Acest delir de infestare, central pentru obsesionalitate, este evident corelat depersonalizării, plasându-se astfel în avantcamera schizofreniei. Patologia relațional-paranoidă, dacă există, poate fi considerată ca o coocurență.

Interferența între obsesionalitate, autism și schizofrenia dezorganizantă

Această interferență este importantă și ridică serioase probleme psihopatologice. Ea rezultă, în primul rând, din simptomatologia comună și faptul a devenit evident în urma studiilor insistente din ultimii ani asupra autismului Kanner.⁽³²⁾

Autismul Kanner este conceptualizat în prezent printr-un grupaj de trei clase de tulburări:

1. Deficiențe în relaționarea comunicativă nonverbală cu alte persoane, indiferența față de alții și față de sine.

2. Deficiențe și particularități în utilizarea limbajului standard pentru comunicare.

3. Tendința la mișcări stereotipe, intoleranța la schimbare, reducerea intereselor, atenție crescută acordată detaliilor și manipulărilor mecanice.

Autismul este o tulburare dezvoltamentală ce poate fi diagnosticată la 3 ani. În explicarea lui au fost invocate deficiențe în dezvoltarea a trei importante funcții:⁽³³⁾ a) Funcția de mentalizare (Teorie a Minții – ToM), prin care copilul de 3 ani intuiește intențiile și evaluările situaționale ale altei persoane pe care o percepe (el își dă seama că are o minte, distinctă de a altora, și că alții gândesc, simt și intenționează la fel ca el); b) Funcțiile executive (FE) de planificare și coordonare a unei acțiuni cu scop; c) Coerența centrală (CC), capacitate care se referă la integrarea părților într-un ansamblu coerent și semnificativ și integrarea acestuia în context. Primele două funcții ar da socoteală de deficitul de relaționare socială din autism. Pentru particularitățile de manifestare nesocială, importantă e CC. Pe baza ei s-ar putea explica o serie de simptome ale autiștilor, care se reîntâlnesc, sub diverse aspecte, în obsesionalitate și schizofrenia dezorganizantă.⁽³⁴⁾ Acestea sunt:

- atenția acordată detaliilor și deficiența în perceperea ansamblului;
- intoleranța la schimbare, la nou, cu reducerea intereselor;
- mișcări stereotipe, ceremonialuri, manierisme, ritualuri;
- interesul crescut pentru jocuri constructive, mecanice, pentru sistematizări.

Autiștii mai pot prezenta și alte particularități, între care o memorie mecanică deosebită în anumite domenii, capacități crescute de calcul matematic, talente pentru muzică și artă etc. Privitor la aceste particularități ale psihismului autiștilor se poate, în primul rând, remarca faptul că multe aspecte au fost descrise pentru prima dată în schizofrenie, mai ales forma dezorganizantă și catatonă și în formele grave de obsesionalitate. Astfel sunt stereotipiile, în catatonie întâlnindu-se și stereotipii de postură. Intoleranța la schimbare și atenția acordată micilor detalii au fost prima dată sesizate tot la catatonii și descrise la unii obsesivi. Atenția crescută acordată detaliilor e o caracteristică semnificativă a patologiei obsesiv-compulsive ce se exprimă în multe simptome (inclusiv în ritualuri, scrupulozitate). Intoleranța la schimbare se exprimă în obsesionalitate și prin tendința la tradiționalism. Mișcările repetitive, de diverse tipuri, sunt în mare măsură comune obsesionalității și autismului, mai ales ordonarea și colecționarea.⁽³⁵⁾ Preocuparea excesivă a obsesivului pentru ordine, ordonare, clasificarea sistematizată, e un fenomen mult mai amplu decât tendința autistă la construcții mecanice și sistematizarea unor colecții; dar ambele se plasează în dimensiunea psihologică generală, pe care Baron-Cohen a denumit-o “tendința spre sistematizare” ca distinct de “empatizare”. Scurtând comentariul, se mai poate preciza că preocuparea exagerată a obsesivului pentru ordine și ordonare în toate domeniile are ca și contrafață negativă dezordinea globală pe care o exprimă dezorganizarea schizofrenă.

Tema acestor similitudini și eventuala lor corelare cu o perturbare a unei ipotetice “funcții generale a coerenței centrale” reprezintă un subiect ce merită să fie studiat în actuala strădanie de a descifra tulburările formale de psihopatologie.⁽³⁶⁾

Se pot aduce destule argumente care apropie patologia obsesivă gravă, nu doar de autism, ci și de schizofrenia dezorganizantă. O diferență esențială, care în primul moment poate crea o reținere pentru această idee, constă în faptul că dezorganizarea schizofrenă se desfășoară mai ales în plan lingvistic semantic, ceea ce nu se întâlnește în obsesionalitate. În schimb, în patologia obsesivă se regăsește o criză a comportamentului și desfășurării funcțiilor executive care, la nivelul nehotărârii, ambivalenței, ambitendenței și abuliei psihastene poate fi apropiată de manifestări ce se întâlnesc și în schizofrenie. Pe de altă parte, dacă patologia gramaticală semantică nu se întâlnește în obsesionalitate, la acest nivel e prezentă o particulară și unică psihopatologie corelată cu numerele de la aritmomanie la încărcarea numerelor cu valențe magice. Patologia corelată aritmeticii din obsesionalitate trimite însă spre capacitățile matematice deosebite ce se relevă la unii autiști, sugerând o patogeneză care implică aceleași arii cerebrale.

În rezumat, patologia obsesivă se impune nu doar ca una specifică și originală, ci ca marcând un teritoriu de tranziție între tulburările care, tradițional, au fost considerate ca “nevrotice” – aflându-se în continuitatea reacțiilor comprehensive de tipul reacției la stres posttraumatic și de doliu. Și cele care, tradițional, au fost considerate “psihotice”, având la bază ceea ce s-a numit mai de mult, pe vremea lui Jaspers, “tulburări formale”. Schizofrenia, care e considerată prototipul psihozelor, a fost cea care a ocazionat comentariul despre aceste tulburări formale, care s-ar institui printr-un “proces psihopatologic” (expresie care a dăinuit de la Jaspers la Ey). Proces care perturbă infrastructura psihismului persoanei. O eventuală regândire a tulburărilor formale și a ceea ce a fost numit proces psihopatologic ar aduce în discuție structura și infrastructura de susținere și organizare a psihismului persoanei, care în zilele noastre este gândită ca centrală de ierarhie a sinelui – (a self-ului) – ce se raportează la situație și lume, rezolvând probleme în colaborare cu alții. Raportare care presupune identitatea cu sine a unei structuri intenționale, centrată, delimitată și relaționată cu alții și cu lumea.

Elementele principale ale procesului psihopatologic schizofren au fost considerate tot timpul: dezorganizarea psihică depersonalizantă și delirul primar. Patologia obsesivă sugerează plasarea ei în marginea acestor procese. În acest sens ar pleda:

- Patologia contaminării, care se plasează în marginea depersonalizării, a fisurării continuității sinelui, la nivelul bazal al sinelui corporal, ce devine vulnerabil față de entități malefice, imposibil de determinat perceptual.

- Patologia ce gravitează în jurul ordinii și ordonării, ce exprimă ducerea la limită a unei infrastructuri a psihismului. Infrastructură care, dacă își pierde limitele și echilibrul, ajunge la ambivalență și dezordinea dezorganizării schizofrene.

- Problematizarea numerelor: similar cu disociația lingvistic noțional din schizofrenie, care condiționează preocuparea cu abstracții bizare.

- Patologia ritualurilor magice și cea a fuziunii act/gândire, care exprimă o prăbușire a arhitectonicii psihice, astfel încât elemente ce în mod firesc sunt distanțate ajung să fie conpenetrate.

- Dedublarea egodistonă, hiperreflexiv-analitică specifică obsesionalității, exprimă o pierdere a unității psihismului, centrat de sine reflexiv și delimitat de lume și de alții; dedublarea este primul pas în direcția fragmentării dezorganizante.

- Intențiile obsesive agresive și sexuale exprimă un pas spre alienarea xenopatică. La acest nivel, gândirea și voința proprie nu sunt resimțite clar ca alie-

nată, ca și impusă de alții, dar ne aflăm în marginea acestei situații.

- În sfârșit, hiperreflexia analitică a obsesionalității este și ea avantcamera unui proces care într-o formă mai accentuată se reîntâlnește în schizofrenia simplă și dezorganizantă, funcționând ca un motor în dezvoltarea psihopatologiei acesteia (Sass, Parnas).⁽³⁷⁾

Toate aceste aspecte sunt teme importante pentru ulterioare analize psihopatologice actuale, în vederea degajării unor modele comprehensive. Modele necesare pentru programe de cercetare indispensabile clarificării patogeniei psihozei.

Concluzii

Patologia obsesiv-compulsivă ocupă un loc aparte în nosologia psihiatrică, la interferența diverselor linii de perturbare psihopatologică. Studiarea ei după modelul cazului tipic ideal are utilitate pentru proiectele ulterioare de cercetare neurocognitivă, clinic și terapeutică, a fundamentelor psihozei. ■

Bibliografie

1. Janet, P. (1903). Les Obsessions et la Psychasténie. Paris: Alcan.
2. Fenichel, O. (1953), La theorie psychanalytique des nevroses, Ed. PUF, Paris.
3. Binder, H., (1936), Zur Psychologie der Zwangvergeange, Ed. Kerger, Basel.
4. Petrilowitsch, N. (1955), Zur Charakterologie der Zwangneurotiker, Arch. Neurol. Psych, 76, 1-2, 223.
5. Lăzărescu M., Bumbea O. Patologie obsesivă, Editura Academiei Române, București, 2008.
6. Lăzărescu M., Ile L. Tulburarea obsesiv-compulsivă. Circumscriere, modele și intervenții. Ed. Polirom, Iași, 2009.
7. O'Connor, Aardemu F. Beyond Reasonable Doubt. Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders, John Wiley & Sons Ltd., 2005.
8. Predescu V. Psihiatrie. Ed. Medicală, București, vol. I, II, 1989/1997.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV TR (1994), American Psychiatric Association Washington.
10. ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament (1998). Ed. All (text original publicat în 1992).
11. Hollander, E., Stein, D.J., DeCaria, C.M., et al. (1994a). Serotonergic sensitivity in borderline personality disorder: preliminary findings. American Journal of Psychiatry, 151: 277-280.
12. Lăzărescu M. Direcții actuale de abordare nosologică a tulburărilor afective periodice – problema spectrului afectiv. Psihiatru.ro, December 2008.
13. Hollander, E., Pallanti, S., Allen, A., et al. (2005). Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? American Journal of Psychiatry, 162: 137-145.
14. Lăzărescu M. Tulburarea bipolar în perspectiva psihopatologică. Doctrina evoluționistă și fenomenologia existențialistă. Revista Română de Psihiatrie, vol. XIII, nr. 1-2, 2011.
15. Lăzărescu M. The ideal type and personality disorders, focus on the anankastic personality disorder. An anthropological perspective. In A. Nireștean ed. Personality and Personality Disorders, Tg. Mureș University Press, 2009, pp. 72-81.
16. Baron-Cohen. The evolution of empathizing and systemizing: assortative meeting og two strong systemizers and the cause of autism, in: RIM Dunbar, Louise Barret, The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology, Oxford University Press, 2007, pp. 213-226.
17. Lăzărescu M., Bărnăscu S. Psihopatologia descriptivă, Ed. Polirom, Iași, 2011.
18. Lăzărescu M., Patologie obsesivă, Ed. Medicală, București, 1973.
19. Lăzărescu M. Psihopatologia spațiului trăit. Teză de doctorat susținută în 1968 la Universitatea de Medicină Timișoara, site: demo.imageright.ro/lazarescu
20. Bowlby J. Attachment and loss, Vol. 2. Separation – Anxiety and anger. New York: Basic Book, 1973.
21. Wallin D.J., Atașamentul în psihoterapie, Ed. Trei, București, 2010.
22. Lăzărescu M. Atașamentul și teoria minții în psihoterapia și psihopatologia schizofreniei. Revista Română de Psihiatrie, Nr. 4, 2011
23. Feygin D.L., Swain J.E., Leckman F. The normalcy of neurosis: Evolutionary origins of depressive-compulsive disorder and related behaviours in Progress in Neuro-Psychopharmacological Biological Psychiatry, 2006, pp. 854-864.
24. Berrios G.E., The History of mental symptoms, Cambridge University Press, 1995.
25. Malaix-Cols D. De Silva E., Racman C. Obsessive-Compulsive disorder, Oxford University Press, 2004.
27. Tellembach H. Melancholie, 4 Auf, Ed. Springer, Berlin, 1983.
28. Petrilowitsch N. Abnorme Personaliteiten, Ed. Karger, Basel, 1960.
29. Stanghellini G. Disembodied spirits and deanimated bodies. The psychopathologie of common sense. Oxford University Press, 2004.
30. Cash T.F., Pruzinski (eds) Body Image, The Guilford Press, New York, 2004.
31. Phillips K.A. The Broken Mirror. Understanding and treating body dysmorphic disorder, Oxford University Press, 2005.
32. Secară O. Creierul social, Ed. Artpress, Timișoara, 2007.
33. Baron-Cohen, Swettenham J. Theory of Mind in autism: its relationship to executive functions and central coherence. In D. Cohen & Volkman F (eds). Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 2nd Edition, John Wiley & Sons, 1997.
34. Frith U., Happé F. Autism beyond Theory of Mind. Cognition, 50:115-132, 1994.
35. Taylor B.P., Hollander E. Comorbid Obsessive-Compulsive Disorders. In Ameral DG, Dawson G. Geschwind DH, Autism Spectrum Disorders. Oxford University Press, 2011, pp. 270-284.
36. Lăzărescu M. Tulburările formale în psihopatologie abordate prin prisma tulburării "coerenței centrale" în autism, schizofrenie și obsesionalitate (articol în curs de apariție).
37. Sass L.A., Parnas J. Explaining schizophrenia: the relevance of phenomenology. In: M.Ch. Chung, K.W.M. Fulford, G. Graham. Reconceiving Schizophrenia, Oxford University Press, 2007, pp. 63-96.