

AUTISMUL ÎN CORELAȚIE CU SCHIZOFRENIA ȘI OBSESIONALITATEA. DEFICIENȚA FUNCȚIEI COERENȚEI CENTRALE

Mircea LĂZĂRESCU

Autismul este o noțiune psihopatologică ce a fost propusă de Bleuler pentru a desemna o caracteristică de bază a noii tulburări psihice pe care o circumscrisesse Kraepelin și pe care el o denumea schizofrenie. Termenul se referă la o “închidere în sine patologică” într-o lume stranie și bizară, despre care el era incapabil să comunice. Pentru ceilalți oameni schizofrenul autist apărea ciudat, incomprehensibil. Apropierea de el producea omului normal un sentiment ciudat de alienare, pe care Rümke l-a numit “precoxgefühl”, propunându-l ca și criteriu de diagnostic.

Minkowski, care a fost primul psihiatru ce a prezentat specialiștilor francezi noua boală a schizofreniei - după ce făcuse un stagiu la Bürgoltzi în apropierea lui Bleuler, a dezvoltat ideea de autism comentând o variantă săracă și una “bogată. În cea săracă el resimte un gol sufletesc. În ultima, subiectul e încărcat de variate trăiri patologice pe care însă nu le comunică celor din jur. După expresia lui Kretschmer, este ca “acele vile romane sobre pe dinafară și încuiate, în spatele ușilor petrecându-se însă fantastice orgii”. Minkowski a propus să se vorbească despre “acte autiste, încadrând în această simptomatologie intenții de act și manifestări comportamentale fără finalitate, stereotipe. Merită menționat de pe cum faptul că oricine recitește cartea clasică a lui Minkowski despre schizofrenie, este izbit de faptul că la marea majoritate din cazurile pe care le prezintă simptomatologia specifică acestei boli se combină cu cea obsesiv-compulsivă.

Minkowski e în prezent citat ca un psihopatolog de orientare fenomenologică. Un alt psihiatru de această orientare cu care el s-a întâlnit în Elveția și au comunicat – la un moment dat în aceeași sesiune, a fost Binswanger. Acesta, preluând explicit metoda

fenomenologică a lui Husserl și mai ales dezvoltarea acesteia în lucrarea Ființă și Timp a lui Heidegger, a comentat în primă parte a operei sale felul de a fi autist a schizofrenului ca “un alt fel de a-fi-în-lume” a unui om ce trăiește în paralel cu ceilalți oameni, neaderând la lumea comunitară. Trimiterea sa era la celebrul fragment a lui Heraclit în care se spunea: “Toți oamenii trăiesc într-o lume comună dar cel ce visează trăiește în lumea sa proprie”.

Autismul schizofren a fost analizat și comentat nu doar din perspectiva observatorului ci și a bolnavului, mai ales pe baza descrierilor făcute de cataton în perioadele de remisiune a fazelor acute. Conform acestor descrieri subiectul se simte “ca după un clopot de sticlă”, percepând o lume se ce desfășoară în fața sa, dar la care nu are acces și în care nu poate interveni. Înțelegerea schizofreniei - inclusiv în varianta sa halucinator delirant paranoidă - ca stând sub cupola autismului, a persistat în Europa până în perioada anilor 70, ea fiind încă prezentă în descrierile și comentariile lui Ey.

În perioada de după DSM-III (1980) nu s-a mai vorbit de autism în schizofrenie, din manifestarea acestuia fiind reținută doar perspectiva comportamentală a “retragerii sociale”. Această abordare comportamentală nu s-a dovedit foarte productivă deoarece curând s-a subliniat (Carpenter) că trebuie diferențiat între o retragere socială primară, datorată schizofreniei negative; și alta, care rezultă din suspiciune, rejecție socială, depresie, medicație sedativă etc.

În schimb, în această perioadă s-a impus conceptual clinic al autismului infantil Kanner.

Autismul infantil s-a lansat prin studiul lui Kanner publicat în SUA în 1943, pe marginea a 11 copii cu deficite în dezvoltare. Ulterior el a fost tot mai mult studiat, copiii cu autism fiind diferențiați de cei cu deficiențe mentale și encefalopatie.

În prezent autismul Kanner este operaționalizat pentru diagnosticare, ca o tulburare ce se manifestă în prima copilărie, diagnosticul fiind posibil în în jur de 3 ani, ca un deficit de achiziție a capacităților de comunicare și manifestare socială. El a fost denumit și ca “dezvoltare pervasivă, simptomatologia sa fiind grupată în DSM-IV-TR în trei clustere”:

1. Nedezvoltarea – deficitul – capacităților de relaționare interpersonală prin comportament și expresivitate neverbală.

2. Insușirea deficitară și/sau particulară a limbajului și comunicării lingvistice neadecvate.

3. Ingustarea, reducerea, rigiditatea intereselor și preocupărilor, intoleranța la schimbare, nevoia de ordine fixă, mișcări repetitive stereotipe, atenție acordată detaliilor și deficiența în perceperea ansamblurilor.

Unele aspecte ale intelectului se pot dezvolta bine, iar memoria mecanică poate fi exagerată; se manifestă o predispoziție pentru cauzalitatea mecanică, jocuri și construcții mecanice și o indiferență față de oameni, față de contactul cu aceștia și față de percepția de sine. Pot fi prezente mișcări particulare, ritualuri și ceremonialuri (bătaia aripilor de fluture), mișcări de atingere stereotipă a obiectelor și a altora, de manipulare inutilă a lucrurilor etc. Perceptiv poate reacționa uneori mai intens la stimuli minori decât la cei puternici. Ambianța fizică trebuie să rămână fixă și reacționează prin agitație la schimbare. Există un spațiu delimitat în jurul corpului care nu trebuie violat.

Copiii cu autism pot beneficia de psihopedagogie specială și au o traiectorie de dezvoltare variabile, uneori cu o relativă inserție în programe controlate.

Importanța actuală majoră a autismului constă în descrierea spectrului autist și în cercetările de cogniție socială pe care le-a ocazionat, care au condus la descoperirea capacității de mentalizare (Theory of Mind – ToM) și a funcției coerenței centrale (c.c.).

În comentarea autismului și spectrului autist un rol important îl are nedezvoltarea corespunzătoare a modalităților nonverbale de relaționare cu alții. Privirea directă, conjugarea privirii, mișcările de anticipare, urmărirea mișcării celuilalt și acordarea afectivă și intențională în raport cu alții și cu situația, zâmbetul și adecvarea altor reacții mimice, toate sunt importante în comunicarea interpersonală firească. Acest deficit comunicațional se corelează cu un deficit de empatie, de rezonanță afectivă, de realizare a atașamentului și prieteniei. Jocurile sale sunt solitare, cooperarea cu ceilalți în joc sau acțiune e minimă sau absentă. Ignorarea sau minimalizarea celuilalt se însoțește cu dificultatea sau imposibilitatea înțelegerii punctului de vedere a altuia. Persoanele cu autism nu reușesc să vadă lucrurile din perspectiva altei persoane, care au

informații, sentimente și scopuri diferite de ale lor. Limbajul, când se dezvoltă suficient nu este utilizat ca mijloc de comunicare manifestându-se mecanic. De obicei, pacientul nu ajunge să utilizeze pronumele personal "eu". Chiar când limbajul e dezvoltat, el e utilizat mai mult ca monolog, dialogul fiind dificil sau imposibil.

Spectrul autist cuprinde Sindromul Asperger, Sindromul Heller, Sindromul Rett și autismul atipic. Sd. Asperger a fost descris în 1944 la copiii școlari, care au deci o dezvoltare cognitivă destul de bună dar importante deficiențe de comunicare interpersonală. El nu a fost binecunoscut în psihiatria internațională decât după 1980 când a apărut traducerea engleză a lui Wing, textul inițial scris în germană în timpul războiului fiind mult timp ignorat.

Limbajul poate fi destul de bine însușit; dar copilul de obicei monologhează, uneori ține discursuri pe teme prevalente ce-l preocupă, nefiind interesat de faptul dacă alții îl ascultă. La autiștii cu nivel de dezvoltare ridicat și funcționare socială destul de bună, se constată aceleași dificultăți de relaționare interpersonală prin expresivitatea nonverbală raportată la situația interpersonală dată. Dialogul e dificil. Limbajul e folosit pentru monolog sau elaborări personale rigide. Nivelul de interes e limitat și rigid. Comportamentul e și el rigid, marcat de formalism și stereotipii. Adaptarea la nou e dificilă, predominând tradiționalismul. Subiectul nu poate să se plaseze în punctul de vedere al altora și nu-și poate recontextualiza gândirea, percepția, preocupările, manifestându-se rigid.

Studierea autismului a adus importante contribuții la cunoașterea dezvoltării cogniției sociale. Primul aspect relevat a fost deficitul de căutare atențională cu fixarea pe detalii (ale feței mamei) și dificultăți de percepere a figurii materne ca un întreg semnificativ. Această tulburare a percepției în perspectiva parte/tot face parte din deficitul coerenței centrale. Copilul nu reușește să integreze informațiile de orice fel în ansambluri coerente și structurare. În cursul dezvoltării el nu reușește, la fel ca alții, ca la 18 luni, să se recunoască în oglindă. Cel mai important deficit constă în faptul că la 3 ani întârzie mult sau nu se instituie capacitatea de mentalizare (ToM). Acestea constă în faptul că copilul cu dezvoltare normală reușește la această vârstă să intuiască, să "ghicească" gândurile, dorințele și intențiile celuilalt; și apoi, însăși faptul că acesta se

înșeală privitor la datele situației. Capacitatea ToM exprimă faptul că subiectul înțelege că el are o minte distinctă de a altora; că propriile intenții, dorințe, convingeri sunt diferite de a altora; că el este agentul, cauza propriilor acțiuni așa cum alții sunt cauza unor alte acțiuni. Înțelegerea cauzalității umane a unor fenomene ce se produc în jur e diferită de cauzalitatea mecanică. Iar faptul că subiectul își atribuie sie-și intenții, acțiuni și cauze a fenomenelor distingându-le de ale altora, este un important aspect al percepției și reprezentării de sine, a resimțirii propriei identități. Acest deficit de cogniție socială pe care-l reprezintă ToM, este diferit de capacitățile cognitive care sunt perturbate în deficiența mentală. Capacitatea ToM se dezvoltă după 4 ani în direcția unei relaționări tot mai nuanțate cu alții. Copilul câștigă capacitatea de a înșela și a sesiza când alții înșeală; apoi capacitatea de a înțelege metaforele, ironia, etapele intermediare – pași” – făcuți pentru obținerea unor rezultate sociale.

Capacitatea ToM a fost considerată de Baron-Cohen un câștig evoluționist fundamental al “creierului social” al omului. Autistul este deficitar în această capacitate. Dar o parte din simptomatologia autismului nu poate fi explicată prin acest deficit. În această clasă se înscrie: intoleranța la schimbare (copilul pretinde ca lucrurile să rămână în poziție neschimbată); - preocupare față de detalii (inclusive reacția la senzațiile subliminare); - dificultatea de a percepe întreguri; - atingerea și manipularea fără obiectiv a lucrurilor; - preocupare față de construcții mecanice, matematice, abstracții; - mișcările repetitive, stereotipiile, manierismele; - memoria mecanică crescută. Toate acestea au fost corelate cu deficitul unei alte funcții care a fost numită de către Frith “coerența centrală”. E vorba de o funcție care asigură abordarea echilibrată a părților (detaliilor) și întregului, ultimul ca detașându-se pe un fond; acest întreg și ansamblul este perceput ca structurat, ordonat și centrat, astfel încât rezultă o trăire coerentă. Cel mai clar deficitul acestei funcții se constată ca percepție. Subiectul se fixează pe detalii successive, pe părți și nu poate sesiza ansamblul; iar în ceea ce privește ansamblurile sau figurile percepute, acestea au un raport neadecvat cu fundalul, cu contextul. Atenția caută deficitul informației dacă ea nu e suficient de structurată și nu o poate configura bine. O configurare perceptivă odată realizată, ea este foarte dificil de schimbat. Schimbările “perspectivei de abordare” (a

“punctului de vedere”) se fac foarte greu; subiectul tinde să persiste rigid la o variantă perceptivă fixă.

Toate aceste aspecte deficitare au fost interpretate printr-o reducere a capacității de cuprindere și prelucrare a informației. Neputând opera cu o cantitate mai mare de informație subiectul evită schimbarea și menține același univers informațional. Căutarea informației e dificilă deoarece necontextualizarea e dificilă. Acest deficit a fost corelat cu un deficit al funcțiilor cerebeloase care intervin în procesul cognitive în primul an, tocmai în acest proces de căutare a informației și a percepției contextualizării.

Autismul a fost între primele tulburări psihice care au fost comentate în perspectiva spectrului. Această perspectivă are în vedere nu doar un cluster de tulburări ci și continuumul lor spre normalitate, în direcția tulburării sau chiar a particularităților personalității. De asemenea, spectrul are în vedere prezența tulburării sau a echivalențelor normale la rudele de gradul întâi.

În direcția spectrului, autismul a ajuns în ultimul timp să intereseze foarte mult psihopatologia prin ideea spectrului autist lărgit care are în vedere ansamblul rudelor apropiate. Studiarea acestora a arătat într-adevăr prezența unor aspecte particulare mai ales în ceea ce privește afectivitatea și relaționarea interpersonală. Mai exact, persoanele din spectrul autist au caracteristici ale tulburării de personalitate schizoide și obsesiv-compulsive. Ultima constatare e deosebit de interesantă. Alt aspect pus în evidență de Baron-Cohen e faptul că opțiunea pentru profesii e caracteristică. Marea majoritate a membrilor familiei lărgite în care se află un autist, au preferințe politehnice sau sunt cu înclinații spre matematică, fizică, filosofie. Aceste aspecte repun în discuție corelația cu schizofrenia.

Abordarea relațiilor între autism și schizofrenie e în plină dezbateră actuală. Se ridică mai multe probleme.

Una dintre probleme este că schizofrenia, circumscrisă ca în DSM-IV-TR se întâlnește rar la autiști și la cei diagnosticați direct ca făcând parte din spectrul autist. Dar, apare o a doua problemă, privitor la personalitatea schizoidă. Aceasta e descrisă distinctă de schizotipie. Problema unor corelații între personalitatea schizoidă și schizofrenie se pune cu seriozitate azi când se studiază tot mai detaliat spectrul schizofreniei. Acesta este configurat, în sens

restrâns, prin continuumul: schizofrenie – schizotipie – “schizotaxie” (Meehl). Schizotaxia așa cum e abordată în prezent nu e suficient de clar distinsă sau suprapusă fața de personalitatea schizoid/schizotimă (expresia de “schizotimie” a fost folosită în această direcție de Kretschmer). Cu alte cuvinte se ridică problema intersecției la nivel de personalitate, între spectrul schizofren și spectrul autist lărgit.

O altă problemă rezultă din simptomatologie. Dacă conceptul general de autism nu se mai aplică schizofreniei, nu pot fi însă negate, cel puțin în unele forme ale acesteia, simptome așa cum sunt stereotipiile și manierismele. De fapt, psihopatologia a înregistrat aceste simptome su ocazia studierii schizofreniei, mai precis a catatoniei. În catatonie, stereotipia e un simptom definitoriu, fie că se manifestă ca stereotipii de mișcare în cadrul agitației catatone, fie ca posturi stereotipe, cu imobilitate.

Dar stereotipiile se manifestă și în mimică și în limbaj; și la fel manierismele. În cadrul dezorganizării verbale și comportamentale, stereotipiile și manierismele sunt constant menționate. Si trebuie precizat că tot în catatonie a fost observată inițial și atenția acordată micilor detalii și intoleranța la schimbare.

Stereotipiile și manierismele se articulează cu o arie simptomatică mai largă. În schizofrenie se descriu simptome: “conținutul redus al vorbirii” care constă în prezența unei cantități mari de cuvinte aparent organizate logic și gramatical dar care transmit foarte puține informații. Textul expus conține multe formule de introducere, de politețe, de legătură, de argumentare etc., astfel încât mesajul practic se pierde. În acest context se poate manifesta și prețiozitatea afectată manieristă și exprimările stereotipe. Alt aspect îl constituie perseverarea. Când se desfășoară în planul gândurii și vorbirii, perseverarea constă în menținerea și reluarea insistentă a unei teme, fără a se progresa semnificativ spre încheierea ei sau spre o soluție. Nu e chiar o stereotipie deoarece repetarea nu e identică dar se exprimă un fel de insistență inutilă și “baterea pe loc a pasului” în perspectivă tematică. Perseverarea se poate manifesta și în acțiune subiectul insistând și revenind cu o preocupare și o activitate fără a progresa semnificativ spre final. Apropiată este manifestarea ce constă în pregătirii prelungite pentru a începe o acțiune sau preocupare repetată insistentă pentru transmiterea unui mesaj, fără a se trece efectiv la actul pragmatic sau la mesajul semnificant.

Plasarea stereotipiei și manierismului în contextual semiotic menționat mai sus ne îndreaptă însă din domeniul schizofreniei înspre manifestări nepsihotice, care cel mai frecvent se întâlnesc la personalitatea obsesională. Același lucru se poate constata și în ceea ce privește ambivalența decizională care e majoră în schizofrenie, exprimându-se prin inactivitate totală și e chinuitoare în cazul indeciziei obsesive, varianta intermediară fiind o ambitendență.

Stereotipia și manierismele, întâlnindu-se atât în autism cât și în schizofrenie (+,-) iar într-o variantă atenuată în obsesionalitate – sugerează o bază disfuncțională comună. Aceasta se poate căuta în deficiența funcției coerenței centrale ce stă și la baza deficitului de căutare atențională și de configurare perceptivă pe diagrama parte/întreg/context. Același deficit stă și în spatele atenției la detalii și a intoleranței la schimbare, ce se întâlnește atât în autism cât și în schizofrenia catatonă. Aceste similitudini nu au făcut încă obiectul unei analize psihopatologice sistematice. Si aceasta deoarece în comentariul dezorganizării schizofrene accentul nu s-a pus pe catatonie ci pe dezorganizarea comportamentală și verbală (DSM-IV-TR).

Dezorganizarea din schizofrenie se exprimă într-adevăr cel mai pregnant în vorbire. Vorbirea reprezintă în același timp un comportament cu scop, transmiterea țintită a unui mesaj și o sinteză de semnificații, care implică aspectul semantic al limbajului. Dacă ne centrăm pe dezorganizarea verbală, atunci aspectul cel mai pregnant este pierderea țintei comunicaționale, ce apare evident în aspectul semiologic pe care Andreasen îl numește deraiere.

Pierderea evidentă a țintei comunicaționale din deraiere are și variante mai relaxate, în care ținta nu e pierdută dar apropierea de ea e lentă, informarea fiind practic nefuncțională. Fără a se suprapune cu perseverența ce a fost deja menționată, vorbirea circumstanțială reprezintă o astfel de variantă, în care intervin interminabilele paranteze, obiectivul nefiind însă uitat.

Incoerența vorbirii combină pierderea țintei comunicaționale cu o dezorganizare semantică. Acesta e un aspect mai particular ce se manifestă și prin neologisme și prin răspunsurile aluzive.

Deraierea vorbirii poate fi analizată din perspectiva unui deficit de sinteză informativă, simetric cu ceea ce se petrece atunci când căutarea informațională nu ajunge la configurarea unei percepții semnificante ce se detașează de pe un fundal. Un mesaj discursiv are o

coerență în ansamblul său, ce se realizează prin derularea în timp a discursului țintit. Această coerență e centrată de semnificația mesajului transmis și se bazează pe articularea echilibrată a părților successive ce-l compun, și care se desfășoară într-o anumită ordine. O asemenea coerență de semnificație are și mesajul conținut într-un text scris: părțile se articulează într-o ordine ierarhizată ce sintetizează un mesaj. Structurarea funcțională a “coerenței centrale” stă în spatele semnificației care a transmis diversitatea organizată a cuvintelor dintr-un mesaj, discurs sau text. La fel cum, o coerență centrală stă în spatele semnificațiilor.....perceperea unei figure bine conturate, formată din părți, ce se degajă pe un fundal. Așa cum ar fața mamei pentru copil; sau un om ce ți se adresează, în cadrul unui dialog.

Dezorganizarea ideo-verbală din schizofrenie se manifestă ca o expresie a tulburării funcției coerenței centrale în acest sector al comunicării informaționale verbale; funcție ce susține coerența ordonată și ierarhizată spre semnificație a mesajului. Nu ar exista nici un motiv ca stereotipiile și manierismele, ce derivă din celălalt pol de funcționare a c.c. să fie rupte de articularea lor firească cu acest pol. Dezorganizarea motivațional comportamentală poate fi analizată după același model. Doar că, așa cum se prezintă ea în schizofrenie analiza e dificilă. E nevoie, la fel ca în cazul perseverării sau a vorbirii circumstanțiale, de invocarea unor manifestări mai puțin extreme.

Pentru a contura comparația dintre autism și schizofrenie, se poate spune că în ambele se întâlnesc aspecte semiologice care exprimă perturbarea c.c. Cât privește relaționarea interpersonală, ele se plasează însă pe poziții distanțate, extreme. În autism nu se câștigă capacitatea ToM, astfel încât percepția (cogniția) de sine și a altora e deficitară din start. În schizofrenie ne aflăm într-o situație în care funcția ToM a fost câștigată și a funcționat; dar capacitatea de relaționare interpersonală se deteriorează, cu mnaifestarea paranoidiei. În schizofrenia paranoidă ToM nu a fost găsit deficitar ca “hiperfuncțional”, în În schimb, ToM este deficitar în schizofrenie dezorganizată; deci în forma în care e alterată și c.c., fapt ce apropie această formă de autism.

Apropierea între schizofrenia dezorganizată și autism e sugerată de mai mulți factori, între care debutul mai precoce și evoluția mai gravă a bolii la sexul masculin.

Atât simptomatologia autismului cât și cea a schizofreniei sugerează elemente comune cu obsesionalitatea, cel puțin cu formele grave ale acesteia. Pe marginea acestei idei merită menționat că impulsul de atingere nemotivată a altora, constatat în autism, a fost descris în sec.XIX sub denumirea de "Delir de toucher" și atribuit obsesionalității. Lăsând de-o parte această anecdotă istorică sugestia menționată poate fi urmărită mai ales dacă se ia în considerare obsesionalitatea în sens global, adică atât tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) cât și tulburarea de personalitate cu această denumire (TPOC). În continuare vom trece în revistă aspecte semiologice care sugerează implicarea c.c.

Toate semiologiile obsesionalității au menționat și menționează preocuparea față de detalii. Aceasta se exprimă în multiple modalități, de la percepție la elaborare și controlul acțiunii, la felulsau scupulul moral. Alt aspect specific TPOC este tradiționalismul, tendința la manifestări hiperelaborate, protocolare, oficioase, marcate de politețe, toate acesteamanierismul. Tradiționalismul și rezistența la schimbare a TPOC a fost dintotdeauna subliniată. Ea se poate referi la preferințe și opțiuni culturale. Dar preocuparea față de menținerea unei ordini fixe a lucrurilor din ambianța proximală, e un simptom major al TOC. Preocuparea față de ordine e unul din aspectele semiologice majore ale obsesionalității. Această preocupare lipsește în autism și în schizofrenie. Dar tocmai în această perspectivă, obsesionalitatea poate apare ca o punte între acestea două. Obsesivul nu e inactiv ca autistul și schizofrenul. Dimpotrivă, el e centrat de acțiune, adesea de muncă. Obsesivul se preocupă "active de ordine și de ordonare". Aceasta nu vizează doar ambianța spațială ci mai ales acțiunea. El este preocupat în permanență de planuri, proiecte, organizare, planificare, așezare în ordine a etapelor acțiunii pe care vrea să o întreprindă. Decizia inițială poate fi dificilă, marcată de ambiguitate. Dar o acțiune odată începută, ea se manifestă prin perseverare, prin reluări repetate, însoțite de verificări. Această perseverare se continuă cu un progress lent, marcată de obicei de acțiuni colaterale, derivate din cea principală, la care se revine constant. Se manifestă astfel o modalitate de progresie asemănătoare cu cea a vorbirii circumstanțiale. Comparația e posibilă dacă actul comunicațional este înțeles ca un comportament ce urmărește o țintă,

un obiectiv. Desigur, obsesivul în varianta psihasten abulică, renunță frecvent la proiectele ce le începe; dar, de obicei fără a le uita, cu eventualitatea reluării. Lucrurile se pot petrece similar în actul comunicațional.

Comentat ca mai sus, comportamentul elor cu TPOC manifestă o relaxare a c.c., care se exprimă și prin estomparea limitelor. A limitelor acțiunii în acest caz, care constau în începutul dificil – prin nehotărâre – și a finalului dificil – prin dificultatea de a termina, explicat de obicei prin perfecționism. Această relaxare a limitelor acțiunii exprimă de fapt o problematizare a limitelor, care în cazul obsesionalității este complexă, desfășurându-se în alte planuri decât cele în care se manifestă simptomatologia din autism și schizofrenie. E vorba acum de limitele sinelui, care se manifestă prin crispate în relația cu ceilalți, care sunt menționate permanent la o “distanță oficială” fără a le permite apropierea de “limitele sinelui” e resimțită ca periculoasă. Tot ca o problematizare a limitelor sinelui într-un plan al comportamentului social poate fi comentată și zgârcenia specifică obsesivului; precum și colecționarismul. Ambele se corelează cu preocuparea pentru detalii pe de o parte și cu cea pentru ordine și sistematizare – în cazul colecțiilor.

Dacă se face referință la psihopatologia limitelor înțelese într-un sens mai larg și specific psihologiei umane, se poate remarca faptul că însăși intoleranța la schimbare exprimă într-un fel această problematizare a limitelor. Si la fel, incapacitatea de a schimba punctual de vedere și a se recontextualiza, de ex. a celor cu sd. Asperger care pot monologa ore în șir asupra unei teme sau nu pot întreține un dialog în care să aibă în vedere și opinia celuilalt. În sfârșit, în schizofrenie patologia limitelor psihice ale subiectului se manifestă major prin trăirile din cadrul sindromului de depersonalizare corporală și psihică.

Problematizarea psihopatologiei pe care o etalează obsesionalitatea se desfășoară într-un alt plan de complexitate psihologică decât psihopatologia autismului și schizofreniei. Dar simptome cum sunt: atenția acordată detaliilor, rezistența la schimbare și tradiționalismul, stereotipa, manierismul și perseverarea, circumstanțialitatea și tendința la pierderea obiectivului, etc., sugerează manifestarea în această patologie a disfuncției c.c. De altfel, însăși manifestarea obsesiv-compulsivă se articulează cu tipul

de patologie pe care-l exprimă stereotipia; iar manifestările ritualice și ceremonialurile sunt frecvente în formele grave de schizofrenie. Ar mai fi de adăugat și tendința patologică la verificări și tendință spre hiperautocontrol se corelează cu un simptom al schizofreniei simple – dezorganizante care e foarte mult studiată în prezent; și anume “hiperreflexia”. Autoanaliza lucidă sterilă a unor schizofreni face ca atenția să se concentreze asupra celor mai banale acte, asupra a însăși elaborării percepției, gândirii, intențiilor, execuției, făcând astfel acțiunea imposibilă. Simptomul “lentorii” din obsesionalitatea malignă poate fi condiționat tocmai prin acest mecanism.

Sugestiile clinice pe care le favorizează spectrul autist și clinica schizofreniei fac ca patologia obsesivă să intre în vizorul studiilor de psihopatologie ca o posibilă zonă de articulație între aceste două manifestări, plasate pe poziții nosologice diferite. Desfășurându-se în alte registre psihologic, obsesionalitatea prezintă o simptomatologie ce nu se regăsește în autism și schizofrenie.

Acest fapt atrage atenția asupra patologiei funcției coerenței centrale, ca domeniu de studiu care în prezent ocupă intens preocuparea cercetătorilor.

Bibliografie

1. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie, J.Springer, Berlin, 1923.
2. Minkowski E. Schizophrenia. Ed.Trei, București, 1999.
3. Kretschmer E. La structure du corp et le character.
4. Binswanger L. Introduction à l'analyse existentielle. Ed.De Minuit, Paris, 1971.
5. DSM-IV-TR, American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2000.
6. Secară O, Creierul social, ed.Artpres, Timișoara, 2007.
7. Dawson G, Toth K. Autism Spectrum Disorders. In Cichetti D, Cohen DJ (eds). Developmental Psychopathology. John Wiley and Sons, New York, 2006, vol.III, pg.317-357.
8. Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H, Cohen DS (eds). Understanding other minds. Oxford University Press, 2005.
9. Baron-Cohen S. Mind – blindness. An Essay on Autism and Theory of Mind, MIT Press, London, 1997.

10. Amaral DG, Dawson G, Geschwind DH (eds). Autism Spectrum Disorders, Oxford University Press, 2011.
11. Happé F, Parts and wholes, meaning and minds: central coherence and its relation to Theory of Mind. In Baron-Cohen, Tager-Flusberg H, Cohen DJ (eds). Understanding other minds. Oxford University Press, 2005, pg.203-221.
12. Lăzărescu M, Bumbea O. Patologie obsesivă, Editura Academiei Române, 2007.
13. Lăzărescu M. Bazele Psihopatologiei Clinice, Editura Academiei Române, București, 2010.
14. Sass LA, Parnas J. explaining schizophrenia: the relevance of phenomenology. In: Chung M CH, Fulford KWM, Graham G (eds). Reconcepting schizophrenia. Oxford University Press, 2007., pg.63-96.