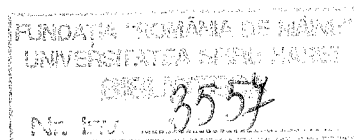


George IONESCU

# TULBURĂRILE PERSONALITĂȚII

Editura ASKLEPIOS  
București, 1997

PSIHIATRIA EXTRA MUROS

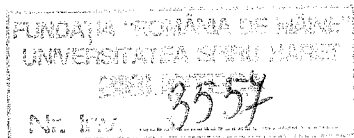


George IONESCU

# TULBURĂRILE PERSONALITĂȚII

Editura ASKLEPIOS  
București, 1997

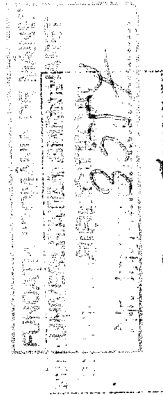
PSIHIATRIA EXTRA MUROS



Colegilor mei Psihiatri  
care m-au îndemnat  
și prin opiniile lor m-au ajutat  
să elaborez această lucrare  
- o modestă încercare -  
de înțelegere, clarificare și ordonare  
în această zonă cu nisipuri mișcătoare.

## CUPRINS

I. ARGUMENT .....	7
II. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE: O PERSPECTIVĂ PSIHOLAGICĂ, PSIHOPATOLOGICĂ ȘI CLINICĂ .....	11
1. Istoria tulburărilor de personalitate .....	12
2. Definierea tulburărilor de personalitate .....	19
2.1 Triada tip /tulburare /modificare de personalitate .....	20
3. Asupra validității termenului de "tulburare a personalității"; sinonimii, includere .....	22
4. Factori corelativ-etiologici ai tulburărilor de personalitate .....	26
4.1 Tulburările de personalitate din perspectivă psihanalitică .....	28
4.1.1 Mecanisme de apărare ale Ego-ului, expresie a istoriei vieții pacientului .....	30
4.1.2 Principalele defense implicate în patogenia unor tulburări de personalitate .....	32
5. Date epidemiologice asupra tulburărilor de personalitate .....	34
6. Clasificări actuale ale tulburărilor de personalitate .....	35
6.1 Clasificarea bazată pe clustere .....	37
6.2 Clasificarea bazată pe gradul de severitate .....	40
6.3 Propunere pentru o nouă clasificare a tulburărilor de personalitate în funcție de gradul de validitate științifică .....	42
7. Debutul tulburărilor de personalitate .....	47
8. Trăsături psihologice și psihopatologice .....	49
9. Criterii de diagnostic în tulburările de personalitate .....	51
9.1 Validitate și stabilitate în diagnosticul tulburării de personalitate .....	53



358  
ASK

9.2 Un pas important spre validare: modelul (monotetic sau politetic) de diagnosticare .....	54
9.3 Criterii de diagnostic diferențial în tulburările de personalitate .....	56
10. Tulburare de personalitate și comorbiditate .....	59
11. Evoluția tulburărilor de personalitate .....	61
12. Complicații ale tulburărilor de personalitate .....	63
13. Prognosticul tulburărilor de personalitate .....	65
14. Investigarea și evaluarea clinică a tulburărilor de personalitate .....	67
15. Terapia tulburărilor de personalitate: expectație și realitate .....	69
15.1 Abordarea psihoterapeutică: expectație și posibilități .....	69
15.1.1 Recomandări generale în psihoterapia tulburărilor de personalitate .....	69
15.1.2 Recomandări specifice în psihoterapia tulburărilor de personalitate .....	71
15.2 Terapia psihofarmacologică a tulburărilor de personalitate; o abordare promițătoare .....	73
15.3 Spitalizarea pacienților cu tulburări de personalitate .....	75
15.4 Asupra complianței terapeutice în tulburările de personalitate .....	76
15.5 Probleme transferențiale în terapia tulburărilor de personalitate .....	77
15.6 Abordări terapeutice de perspectivă .....	78

### III. TULBURĂRI SPECIFICE DE PERSONALITATE .... 79

<b>TULBURĂRI DE PERSONALITATE VALIDATE</b> .....	80
Tulburarea paranoidă a personalității .....	80
Tulburarea schizoidă a personalității .....	90
Tulburarea schizotipală a personalității .....	96
Tulburarea dissociată a personalității .....	104
Tulburarea borderline a personalității .....	111
Tulburarea histrionică a personalității .....	125
Tulburarea narcisică a personalității .....	132
Tulburarea anxioasă (evitantă) a personalității .....	138

Tulburarea dependentă a personalității .....	146
Tulburarea anancastă (obsesiv-compulsivă) a personalității .....	152
Tulburarea emoțional-instabilă a personalității .....	162

### TULBURĂRI DE PERSONALITATE

#### ÎN CURS DE VALIDARE .....

Tulburarea depresivă a personalității .....	168
Tulburarea pasiv-agresivă a personalității .....	172

#### TULBURĂRI DE PERSONALITATE CONTROVERSATE .....

Schimbarea persistentă a personalității după o trăire catastrofică .....	181
Schimbarea persistentă a personalității după o boală psihică severă .....	184

#### TULBURĂRI DE PERSONALITATE NEVALIDATE .....

Tulburarea defetistă a personalității .....	187
Tulburarea sadică a personalității .....	189

#### Bibliografie .....

#### Index tematic .....

#### Index farmacoterapeutic .....

#### Index de nume .....

#### Glosar al unor termeni utilizați în text .....

#### Addenda .....

#### Abstract .....

#### Contents .....



Nebunia vorbește

## I. ARGUMENT

Înscrise în nosografiile psihiatrice moderne, **tulburările de personalitate** cu greu pot fi considerate ca boli psihice propriu-zise. Aceasta întrucât ele nu se conformează **modelului medical al bolii** și nu răspund accepției comune de boală, în sensul că nu prezintă:

- un debut care să poată fi delimitat în timp,
- o perioadă de "stare", adică de maximă manifestare clinică,
- o remisiune sau vindecare.

Ignorând aceste precepte clasice ale bolii psihice sau somatice, tulburările de personalitate sunt încrustate în textura ființei umane, respectiv a personalității insului.

Nefiind considerate boli, tulburările personalității au fost denumite "dezvoltări", fapt care le apropia de structura psihică a persoanei în cauză. În felul acesta se face un pas spre ceea ce putem denumi **structurări ale personalității**.

Aceste **structurări**, desigur particulare (denumite și **dizarmonice**) ale personalității insului prezintă anumite caracteristici în sensul că:

- sunt schițate și pot fi observate încă din copilărie,
- se cristalizează la adolescență (odată cu structurarea personalității) și
- însoțesc insul de-a lungul întregii sale existențe.

Tocmai această structurare și relativ constantă evoluție a tulburărilor de personalitate le menține alături de bolile psihice propriu-zise, situându-le însă în suprastructura nosografiei psihiatrice.

Spre deosebire de structura psihică obișnuită, comună, care corespunde normei statistice, aici este vorba de structuri psihice particulare, **sui generis**, de structuri psihice dizarmonice.

Evident, literatura de specialitate evită să folosească denominativul de "personalitate normală", ceea ce determină o anumită rețineră în tentația de a formula noțiunea de "personalitate armonioasă" ori "armonică".

Totuși, deși este greu de conturat (dar și de definit) "normalitatea" în viața psihică, specialiștii domeniului au operat, cu ezitări, cu prudență dar și cu o semnificativă eficiență, în domeniul anormalității psihice,

punând, în acest secol, bazele psihiatriei clasice, iar în ultimele două decenii, bazele nosografiei psihiatrice moderne.

În linii de maximă generalitate, tulburarea de personalitate poate fi situată în această **zona incerta** dintre patologia psihică și normalitatea psihică, arie supusă mișcării de maree determinată de influențele sociale, culturale, educaționale (în plan **nomotetic**) dar și de existența și experiența de viață individuală (în plan **idiografic**).

Aceste numeroase, polimorfe, elocvente sau disimulate, brutale sau insidioase influențe cristalizează sistemul axiologic al fiecăruia, cheazășuindu-i conduita.

Desigur, unele din aceste influențe sunt prea puternice, marcante, după cum, unii dintre cei care le suportă prezintă o mai mare receptivitate (care în planul etiopatogeniei este denumită **vulnerabilitate**); în ambele situații însă, cei în cauză se înscriu în rândul celor cu "tulburări de personalitate".

Fiind influențați atât de diferit, acești oameni se structurează în mod inedit, dar nu în sens univoc-negativ așa cum reiese din literatura domeniului. În fapt, ei sunt altfel decât noi, cei care ne considerăm normali. Suntem normali pentru că respectăm normele, ne conformăm lor, acționăm în spiritul lor. În fond, noi corespundem expectațiilor comune, conduita noastră fiind, în general, previzibilă. Altfel spus, noi cei considerați normali, suntem, de fapt, niște banali (cel puțin prin prisma conduitei, dar și a existenței noastre care se desfășoară pe făgașuri pregătite, legiferate și penibil de previzibile; ne jucăm, învățăm (carte sau o meserie), iubim, ne căsătorim, suntem sănătoși (uneori ne îmbolnăvim), muncim ..., îmbătrânim...; orele noastre astrale sunt și ele penibil de banale: o laudă, o aniversare, poate o iubire trăită, din păcate, de cele mai multe ori, în plan fantasmatic.

Spre deosebire de noi, armonicii, care cu cât ne prezentăm mai normali suntem mai previzibili, **dizarmonicii sunt imprevizibili**. Ei sunt surprinzători în raportarea lor la norme, la obiceiuri, la reguli de conviețuire socială, la ceilalți și, nu rareori, la sine. Particulari în conduită dar și în disponibilități, vulnerabili la infracțiune dar și la adevăruri pe care noi nu le rostim, seducători sau respingători, sugestibili și naivi sau inflexibili și persuasivi, ei sunt **sarea și piperul omenirii... ei tulbură valorile vieții sociale** și uneori le dau culoare.

În fapt, tulburările de personalitate ocupă **zona incertă** dintre patologia psihică și normalitate. Ei nu sunt bolnavi mintal, dar nici pe

deplin normali. Prin structurări **sui generis** ale personalității, ei tind să iasă din aria normalității, fără a pătrunde însă în imperiul patologiei; prin structura psihică și conduită ei sunt - în universul psihismului uman - o expresie a anomiei. La propriu și la figurat ei pot fi considerați ca rude ale celor din interiorul psihiatriei.

Tangențiali psihiatriei clinice și alergici față de aceasta, ei conferă conținut **psihiatriei extra muros**. Deși ei fug de psihiatrie, aceasta, la rândul ei, nu ar trebui să-i accepte, tocmai pentru a nu-i complexa, pentru a nu le induce sentimentul că sunt bolnavi, spre a-i putea astfel, în mod efectiv ajuta.

Evitând psihiatria, cei cu tulburări de personalitate au îmbogățit psihologia și în special **personologia**.

Într-adevăr, în cadrul normalității, principalele trăsături ale personalității sunt desemnate prin termeni psihopatologici: trăsături psihastenice, histrionice, paranoiace, schizoide, depresive etc. Mai mult, principalele inventare de personalitate cuprind grupări de trăsături (asemănătoare) denumite scale: ex. scala depresiei, a maniei, a psihasteniei, etc. În plus, **denumirea principalelor tulburări de personalitate derivă** (uneori fiind identică - forțând omonimia) din **denumirea principalelor boli psihice**. Astfel:

- **paranoia** are drept corespondent - **tulburarea paranoidă** a personalității;
- **schizofrenia** are drept corespondent - **tulburarea schizoidă** a personalității;
- **isteria** are drept corespondent - **tulburarea histrionică** (isterică) a personalității etc.

Nu numai pe baza omonimiei, ci și din perspectiva conținutului simptomatologiei considerăm că tulburările de personalitate sunt reprezentante miniaturale ale principalelor boli psihice. Din perspectiva evolutivă, în raport cu bolile psihice, tulburările de personalitate pierd din acuitatea (amploarea) manifestărilor în favoarea duratei. Sub acest unghi, considerăm că instanțele nosografice ale suitei sănătate psihică-boală psihică sunt:

- **trăsătură de personalitate** (în aria de normalitate psihică),
- **tulburare de personalitate** (între psihologie și psihopatologie clinică),
- **boală psihică** (aflată în aria psihiatrică).

Aceste trepte sau instanțe psihice sugerează ideea conform căreia

o anumită trăsătură de personalitate, mai bine conturată, ar favoriza apariția unei tulburări de personalitate, iar aceasta, la rândul ei, ar constitui terenul fertil al dezvoltării unei boli psihice, astfel:

- ⇒ trăsătură de personalitate paranoidă ⇒
- ⇒ tulburare paranoidă de personalitate ⇒
- ⇒ psihoză paranoidă

Supoziția acestei linii evolutive este logică, întrucâtva plauzibilă și totuși acest fapt nu este validat. Aceasta, pentru că nu tot ceea ce este logic și plauzibil este **ipso-facto** științific și veridic.

Această situație din psihologie și psihopatologie ar fi comparată cu aceea din gastroenterologie sau din cardiologie:

- hiperclorhidrie ⇒ gastrită hiperacidă ⇒ ulcer gastric și respectiv,
- algii precordiale ⇒ cardiopatie ischemică ⇒ infarct miocardic.

Acest triptic este plauzibil, uneori posibil, dar nu este în mod obligatoriu urmat, nu este nicidecum un postulat.

Dacă - prin evoluția lor naturală - tulburările de personalitate nu se îndreaptă spre patologie, considerăm că numai prin excludere ele sunt studiate de psihiatrie; ele nu trebuie încazarmate în rigorile nosografiei și terapiei psihiatrice pentru a nu li se crea celor în cauză statutul de bolnav psihic, dar mai ales posibilitatea acestora de a se complăce și consolida în rolul comod și aparent protector de bolnav psihic. Dimpotrivă, cei cu tulburări de personalitate trebuie lăsați în câmpul sanogenetic al societății și predați, spre studiu și management psihologiei sociale. Altfel spus, psihiatria nu trebuie să-și deschidă porțile spre a primi oameni care nu sunt bolnavi, ci numai altfel structurați sub aspectul clădirii personalității, lipsindu-i astfel:

- de cotidiană corijare a societății și
- de efortul integrării la exigențele normalității.

## II. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE: O PERSPECTIVĂ PSIHOLÓGICĂ, PSIHOPATOLOGICĂ ȘI CLINICĂ

**Istoria tulburărilor de personalitate.**

**Definirea tulburării de personalitate.**

Triada: tip/tulburare/modificare de personalitate.

**Asupra validității termenului de "tulburare a personalității"; sinonimii, includere.**

**Factori corelativ-etologici ai tulburării de personalitate.**

Tulburările de personalitate din perspectivă psihanalitică.

**Date epidemiologice asupra tulburărilor de personalitate.**

**Clasificări actuale ale tulburărilor de personalitate.**

Clasificarea bazată pe clustere.

Clasificarea bazată pe gradul de severitate.

Propunere pentru o nouă clasificare a tulburărilor de personalitate în funcție de gradul de validitate științifică și clinică.

**Debutul tulburărilor de personalitate.**

**Trăsături psihologice și psihopatologice.**

**Criterii de diagnostic în tulburările de personalitate.**

Validitate și stabilitate în diagnosticul tulburării de personalitate.

Un pas important spre validare: modelul (monotetic sau politetic) de diagnosticare.

Criterii de diagnostic diferențial în tulburările de personalitate.

**Tulburare de personalitate și comorbiditate.**

**Evoluția tulburărilor de personalitate.**

**Complicații ale tulburărilor de personalitate.**

**Prognosticul tulburărilor de personalitate.**

**Investigarea și evaluarea clinică a tulburărilor de personalitate.**

**Terapia tulburărilor de personalitate: expectație și realitate.**

Abordarea psihoterapeutică: expectații și posibilități.

Terapia psihofarmacologică a tulburărilor de personalitate; o abordare promițătoare.

Spitalizarea pacienților cu tulburări de personalitate.

Asupra compliancei terapeutice în tulburările de personalitate.

Probleme transferențiale în terapia tulburărilor de personalitate.

Abordări terapeutice de perspectivă în tulburările de personalitate.

## 1. ISTORIA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Situate între cele trei mari domenii ale cunoașterii, sociologia, psihologia și medicina, edificându-și propriul domeniu, **personologia**, tulburările de personalitate aduc astăzi o dimensiune socio-umană particulară care întrește antropologia.

Deși disputate de către cele trei domenii menționate, tulburările de personalitate au fost, de la început și în tot mai mare măsură, preluate de către medici și anume de cei care se ocupă cu viața psihică din perspectiva patologică, respectiv de psihiatri, specialiști în medicina psihologică.

De fapt, psihiatria nu a acaparat "tulburările personalității", ci i-au fost treptat cedate de către sociologie și psihologie care, deși destinate cunoașterii omului, continuă să dezbată problematica "pură" a acestuia, a omului exclusiv normal, nontangetial cu drama sau durerea, cu stresul sau frustrarea. Mai mult, psihologia în general, a lăsat chiar dezamăgirea, doliul sau pierderea (fapte comune de viață înscrise în "destinul cotidian") pe seama psihiatriei care, în expansiunea ei într-un "imperialism psihiatric" a ocupat arii ale vieții psihice normale, care de fapt nu-i aparțin.

Oferindu-li-se aceste arii ale nimănui, psihiatrii și-au ridicat privirea dincolo de persoana alienată:

- spre persoana nebolnavă dar tulburată, fapt care i-a permis să descopere continentul psihoterapiei, ca și
- spre persoana nebolnavă (care în egosintonia ei se consideră echilibrată) dar care este dizarmonic structurată, fapt care i-a permis să se înscrie, autoritar și definitiv, în personologie.

Tocmai de aceea, în pofida faptului că:

- problematica psihoterapiei este esențialmente psihologică, făuritorii psihoterapiilor nu sunt din păcate psihologii, ci psihiatrii;
- modul de abordare a persoanei în psihoterapie este relațional, iar conținutul dialogului este prin excelență psihosocial, făuritorii socioterapiilor nu sunt, din păcate, sociologii, ci psihiatrii.

Considerații asemănătoare pot fi făcute și despre **personologie**

unde, așa cum au subliniat cei mai avizați personologi, "originea teoriilor personalității datorează foarte mult profesiei medicale și exigenței practicii medicale" (C. Hall, G. Lindzei, 1957, p.4).

Într-adevăr, așa cum am afirmat și în alt context, "făuritorii celor mai interesante teorii ale personalității - P. Janet, S. Freud, C.G. Jung, Mc. Dougall, I.P. Pavlov și mulți alții - au avut nu numai o instrucție de bază medicală, dar au și practicat în domeniul medical. Chiar dacă, prin formația lor primară, aceștia nu au fost psihologi, ei au apreciat faptul psihologic dintr-o nouă perspectivă, ceea ce le-a permis să aducă lumini noi în acest domeniu al personologiei, în care multe din observațiile lor constituie achiziții prețioase, probabil definitive" (G.I., 1973, p. 21).

Ei au avut această posibilitate pentru că se bazau pe faptele observației cotidiene, înălțând edificiul teoriilor personologice pe cărămizile arse în focul experimentului pe care natura îl realiza cu mintea omului (**Ibidem**).

Ca o confirmare a acestor aserțiuni este faptul că noțiunea de **Personalitate anormală** (apărută în primul an al secolului trecut) aparține întemeietorului psihiatriei clasice franceze **Philippe Pinel**, ea fiind expusă în lucrarea "**Mania fără delir**" (1801). În accepția lui **Ph. Pinel** delirul era considerat (ca de altfel și astăzi) semnul patognomic al unei boli psihice propriu-zise, respectiv al psihozei, iar termenul de manie avea o sferă extensivă și se referea, în ansamblu, la nebunie. Altfel spus, termenul de **Personalitate anormală** era atribuit acelor pacienți care, de fapt, nu erau nebuni, "funcțiile lor intelectuale, de percepție, judecată, memorie și imaginație fiind intacte". Tulburarea lor era dispozițională, deci sectorială, întrucât ei prezentau "anumite izbucniri nervoase", comiteau "acte impulsive" a căror amplasare atingeau uneori "o furie criminală".

Influențat probabil de **Ph. Pinel**, medicul american **Benjamin Rush**, cel care a pus bazele Psihologiei Medicale americane, a descris în 1812 "**Deranjamentul facultăților morale**", în care erau prezentați oameni cu "rațiune sănătoasă și intelect bun", dar "neschimbați ca afect", "fără rușine" și cu "o iresponsabilitate înăscută".

Precizăm în acest context faptul că în primele decenii ale secolului 19, atât în Europa cât și în Statele Unite, accepția noțiunii de **moral** nu se referea la categoriile etice (bine-rău, cinstit-necinstit etc.), ci mai ales la manifestări afective.

FUNDAP  
M  
N. Jiv  
3597



La rândul lui, **Jean Etienne Dominique Esquirol**, acest clasic al psihopatologiei clinice franceze, descrie în 1837 pacienți nonpsihotici, dar cu mod de gândire și comportament distorsionate. **J. E. D. Esquirol** extinde deci aria tulburărilor personalității de la domeniul dispozițional-moral la cel cognitiv-comportamental.

După cum se poate constata, încă din primii ani ai secolului trecut psihiatrii au făcut aprecieri pertinente, realiste, și în general validate astăzi, asupra tulburărilor de personalitate. Cu toate acestea, istoria propriu-zisă a acestui domeniu începe în Anglia, odată cu **James Cowles Prichard**, medic primar la spitalul din Bristol, autor al lucrării "Tratat asupra demenței și a altor tulburări ale minții" (1835).

În această lucrare, care în opinia noastră constituie geneza unui capitol de cea mai mare amploare din psihopatologia contemporană, **J. C. Prichard**, într-un moment de **insight**, de mare inspirație, lansează un termen nou = **nebunia morală (Moral Insanity)** - care a făcut epocă, exprimând cel mai bine esența acestui grup de tulburări. Prin acest termen, inspirat și atât de adecvat condiției în cauză, de "nebunie morală", **J. C. Prichard** definește "persoana cu o perversiune morbidă a sentimentelor, afectelor, înclinațiilor, dispoziției, obiceiurilor naturale, a disponibilităților morale și impulsurilor... și totodată fără nici-o tulburare sau defect remarcabil al intelectului ori cunoașterii sau a facultăților de raționament, fără nici-o idee delirantă sau halucinație" (**J. C. Prichard**, 1835, p.6, cf. **M. Gelder et al.**, 1989, p. 126).

Conotația dispozițională a noțiunii de "morală", invocată din primii ani ai secolului de către **Ph. Pinel** și **B. Rush** este prezentă și la **J. C. Prichard**, care sublinia faptul că "o proporție considerabilă din cazurile de nebunie morală sunt acelea în care tendința spre tristețe sau melancolie constituie trăsătura dominantă" (**Ibidem**, p. 18).

Cu toate acestea, caracterul comportamental, disocial și perturbator al tulburării de personalitate este preponderent și net exprimat în opera lui **J. C. Prichard** care în acest sens, menționează: "excentricitatea comportării, obiceiuri singulare și absurde, o propensiune de a executa acțiunile comune ale vieții într-un mod diferit față de cel obișnuit este o trăsătură a multor cazuri de nebunie morală" (**J. C. Prichard**, 1835, p. 23).

De la acest moment de admirabilă clarificare și realistă delimitare a tulburărilor de personalitate, istoria lor cunoaște un declin care se

extinde până la sfârșitul secolului trecut. Pe acest versant descendent se înscrie psihiatrul francez **B. A. Morel** (1839), care consideră că la baza acestor tulburări stă un "proces degenerativ care sporește în severitate cu fiecare generație".

În aceeași perioadă a apărut și o altă noțiune neinspirată, aceea de "idiotie morală", preluată din păcate de un mare psihiatru francez, **V. Magnan** (1893) care descrie:

- "degenerații ereditari", în care erau înscrise toate formele deficiențelor mintale și

- "degenerații superiori", care cuprindeau actualele tulburări de personalitate.

După exact o jumătate de secol, alt psihiatru englez, **Henri Maudsley** (1885), preia ideile lui **J. C. Prichard** dar într-o manieră întrucâtva selectivă, insistând asupra caracterului delictual al acestor persoane care "nu au nici-un sentiment moral adevărat... impulsurile și dorințele lor sunt egoiste... iar comportarea lor pare a fi guvernată de motive imorale" (**H. Maudsley**, 1885, p. 171, Cf. **M. Gelder et al.**, 1989, p. 127).

În ultimul deceniu al secolului trecut, **J. A. Koch** (1891) conferă acestor condiții termenul de **Inferioritate psihopatică**, precum și pe acela de **Psihopatie**, care a fost larg adoptat pe plan internațional și menținut timp de un secol, adică până în acești ultimi ani când este înlocuit cu cel actual, simplu, expresiv și totodată semnificativ, acela de "**Tulburare de personalitate**".

În noțiunea nou creată, **J. A. Koch** înscrie "toate tulburările mintale, dobândite sau congenitale, care influențează viața personală a individului, tulburări care nu se ridică însă până la gradul de boală mintală" (**J. A. Koch**, 1891, cf. **C. P. Freeman**, 1983, p. 368). Sub această nouă denumire de psihopatie, **J. A. Koch** a inclus atât condițiile comportamentale cât și pe cele simptomatice, adică pe acelea care au fost denumite ulterior nevroze.

Un moment important în istoria tulburărilor de personalitate este înscris de fondatorul nosografiei psihiatrice moderne, elvețianul **Emil Kraepelin**. Totuși, în pofida spiritului său novator, dar nu mai puțin cutezător, **E. Kraepelin** a rămas tributar autorității științifice a marelui psihiatru francez **V. Magnan**, preluându-i erorile. Astfel, în primele (și totodată cele mai răspândite ediții ale **Lehrbuch**-ului său de

**Psihiatrie, E. Kraepelin** a preluat ideea degenerescentei, lansată cu puțin timp înainte la Paris de către **V. Magnan**. Numai în ediția a opta a Manualului de Psihiatrie, în 1921, **E. Kraepelin** a elaborat o concepție proprie asupra tulburărilor de personalitate, considerându-le ca:

- anomalii constituționale ale personalității, dar și ca
- psihoze nedezvoltate.

Totodată, **E. Kraepelin** (1921) dezvoltă noțiunea de "Spectru al tulburărilor de personalitate". Prin aceasta, el consideră că diferite tipuri ale tulburărilor de personalitate sunt variante ale psihozelor afective și paranoide de care sunt legate biogenetic.

Continuându-și observațiile, **E. Kraepelin** (1927) elaborează tipurile de personalitate pe care le denumește: schizoid, cicloid, epileptoid și senzitiv.

Spirit metodic (prin natura sa germană), **E. Kraepelin** alcătuiește prima clasificare modernă a tulburărilor de personalitate pe care le împarte în șapte grupe: **instabili, impulsivi, excentrici, mincinoși, escroci, antisociali și cverulenți** (certăreți), prezentate în cea de-a opta ediție a Manualului de Psihiatrie unde folosește pentru prima dată noțiunea, încă actuală, de **Personalitate Psihopatică**, preluată ca atare de **Kurt Schneider**, care a contribuit la răspândirea ei în toată lumea.

După cum se poate constata, și în privința taxinomieii psihopatiilor **E. Kraepelin** preia idei mai vechi, lansate cu precădere de psihiatrul englez, care prezentau aceste persoane, atât de diverse sub aspectul conduitei reprobabile, sub umbra amoralității și a infraționalității. Eroarea acestui savant al clinicii psihiatrice ne apare cu mai multă evidență, dacă ținem seama de faptul că tot în Anglia, în aceeași perioadă, apăruse ideea reliefării unor aspecte pozitive, oricum creative, din structura psihopatiilor.

Un alt moment în elaborarea unei concepții realiste și totodată comprehensive asupra tulburărilor de personalitate, l-a constituit opera psihiatrului german **Kurt Schneider**, sintetizată în lucrarea "Personalități Psihopatice" (1950).

Contribuția esențială a lui **K. Schneider** la edificarea modernă a acestei categorii nosografice constă în faptul că el s-a eliberat de concepția larg răspândită în Anglia și preluată ulterior de **E. Kraepelin**, care vedea aceste persoane numai din perspectiva anormalității și

infraționalității. Sub acest aspect, precizăm că deși lui **K. Schneider** i se atribuie sintagma conform căreia "psihopat este acela care chinuie pe alții" (spre deosebire de nevrotic, care se chinuie pe sine) tocmai el a fost cel care, extinzând aria psihopatiilor, a inclus în ea și pe cei care "își cauzau suferința", care erau excesiv de nesiguri și dubitativi, care erau în mod cronic depresivi.

În felul acesta, prin opera lui **K. Schneider** s-a ajuns ca **noțiunea de psihopatie** să cunoască o disfuncție semantică:

- o accepție **extensivă**, care cuprinde ansamblul tulburărilor de personalitate și

- o accepție **restrictivă** și întrucâtva peiorativă, care se referă la aspectele disociale din această grupă nosografică, accepție care vizează, în fapt, tulburarea antisocială a personalității.

În opinia noastră, această dihotomie este fastidioasă și slab recunoscută astăzi. Totuși considerăm că ea se menține nu numai în mod explicit, ci și implicit, prin faptul că:

- în accepție generală, noțiunea de tulburare de personalitate (mai ales sub tradiționala sa denumire de "psihopatie") poartă în subsidiar nu numai ideea de om particular, ci și pe aceea de om deosebit sub aspect relațional și în plan mai larg, social;

- de asemenea, cel cu tulburare de personalitate, chiar dacă nu încalcă legea, se consideră că o ignoră sau, în orice caz, nu o respectă, evidențiind un anumit potențial infrațional;

- chiar dacă cel cu tulburare de personalitate nu prezintă tangentă cu legea, el nu are sensibilitate și respect pentru norme și reguli care, cel puțin în anumite culturi, sunt foarte înalt valorizate, nerespectarea lor fiind puternic dezaprobată de grupul social.

În mod independent, sau poate inspirat de **K. Schneider**, psihiatrul scoțian **David Henderson** depășește perimetrul considerațiilor negative în descrierea psihopatiilor, extinzându-l asupra a ceea ce el a denumit:

- "personalități inadecvate" și

- "personalități creative".

De fapt, în lucrarea sa intitulată **Stări psihopatice** (1939), **D. Henderson** clasifică psihopatii în trei categorii:

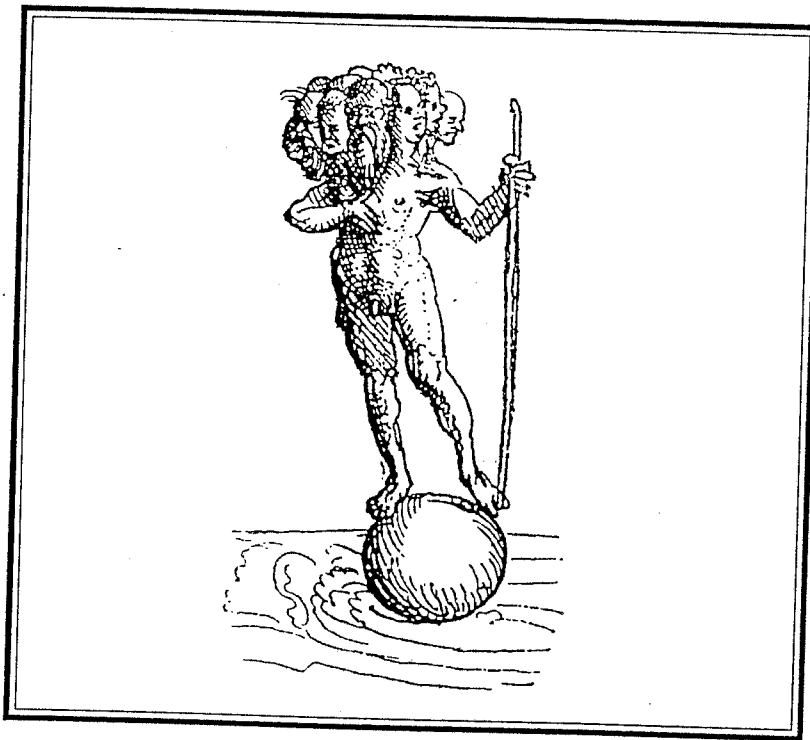
- **predominant agresivi**, în care include psihopatii:

- care sunt marcați de această pulsione, pe care îi putem denumi propriu-zis agresivi sau **heteroagresivi** și

• suicidari, dependenți de drog sau de alcool, pe care-i putem denumi **autoagresivi**;

- **predominant pasivi sau inadecvați**, în care autorul include persoane insensibile, schizoide, hipocondriace, instabile, mincinoase patologice;

- **predominant creativi**, grup ce cuprinde oamenii cu anumite aptitudini dar "intens individualiști", care își croiesc drum în viață indiferent de mijloace, oameni mobilizatori care pot fi acreditați drept conducători. **D. Henderson** oferă și exemple pentru această grupă ca **Napoleon, Jeane d'Arc** și alții ale căror realizări, continuă autorul, nu s-au bazat pe o acțiune metodică, ci printr-o pornire fanatică.



Acest mare și puternic animal  
care este denumit popor

## 2. DEFINIREA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Există numeroase definiții ale **tulburării de personalitate**, după cum, însuși conceptul de personalitate, cheia de boltă a psihologiei și psihopatologiei, cunoaște zeci de definiții și sute de accepții.

Analiza acestor definiții ilustrează faptul că ele se grupează în jurul celor elaborate de cele două taxinomii internaționale astăzi în vigoare: **ICD-X (1992)** și respectiv **DSM-IV (1994)**. În plus, multe studii moderne preiau ca atare definiția, fără a i se menționa sorgintea. Acest fapt devine frapant când odată cu definiția, este preluată și eroarea pe care aceasta o implica, facilitând astfel aflarea sursei.

Astfel în accepția experților OMS, tulburările personalității sunt definite ca "stări și pattern-uri comportamentale, semnificative clinic, ce tind a fi persistente și sunt expresia stilului de viață și a modului de relaționare cu sine și cu alții, caracteristice unei anumite persoane" (**ICD-X, 1992, p.200**).

În cazul de față însă este vorba de o definiție colectivă, care se dorește a avea un caracter internațional, elaborată de experți considerați a prezenta un înalt prestigiu profesional, reprezentanți ai unui forum mondial: Organizația Mondială a Sănătății. Din această perspectivă, definiția elaborată, pentru a putea fi acceptată, trebuie să fie la cel mai înalt grad de expectație, să se bucure de cea mai înaltă validitate și fiabilitate, practic, ea trebuie să fie infailibilă. Ori, definiția mai susmenționată este grevată de două inconsistențe:

- se vrea o definiție cauzală în sensul că "stările și pattern-urile comportamentale...sunt expresia stilului de viață și a modului de relaționare"; dimpotrivă, în cazul tulburărilor de personalitate "stilul de viață și modul de relaționare", departe de a fi cauza, constituie consecința unei structuri particulare, a cărei sorginte poate fi genetică, neurofiziologică, biochimică și, eventual, pedagogică;

- a doua observație are în vedere sintagma "modului de relaționare cu sine și alții"; fără a recurge la o nuanțată analiză logică și stilistică, chiar și observația empirică impune ca axiomatică, prezența, în orice relație, a cel puțin două persoane; în consecință "relaționarea" nu poate fi decât cu altul sau cu alții și nicidecum "cu sine și cu alții".

O definiție extensivă și întrucâtva comprehensivă este formulată

de **Asociația Psihiatrică Americană** conform căreia "Tulburarea de personalitate este un pattern persistent de experiență interioară și comportament care deviază în mod clar de la așteptările pe care le avem din partea insului; acest pattern este pervaziv și inflexibil, cu debut în adolescență sau timpuriu în viața adultă, stabil în timp și care determină disfuncționalitate" (DSM-IV, 1994, p.629).

Deși discursivă, această definiție este larg explicativă; în plus aici, repetiția concurează pleonasmul în formulări ca: "pattern persistent"... "inflexibil"... stabil în timp". Pe de altă parte, în această definiție insistența asupra genului proxim ("pattern persistent") face să se piardă din vedere diferența specifică și anume: repetând cum este patternul nu aflăm în ce constă el. În plus, așa numita "experiență anterioară" este un fapt presupus, intuit, în fapt irelevant pentru exprimarea unei caracteristici comportamentale definitorii.

O propunere pentru definirea sintetică și operațională a tulburării de personalitate, cu evitarea limitelor mai susmenționate, poate fi următoarea: **ansamblu caracteristic și persistent de trăsături, predominant cognitive, dispoziționale și relaționale, ilustrate printr-un comportament care deviază în mod evident și invalidant de la expectațiile față de persoana respectivă și de la normele grupului său social.**

## 2.1 TRIADA TIP / TULBURARE / MODIFICARE DE PERSONALITATE

Definițiile tulburării de personalitate care reunesc elemente psihologice relativ heteroclite impun distincția între noțiunile de **tip**, **tulburare** și **modificare** de personalitate, cu atât mai mult cu cât aceste noțiuni sunt considerate și utilizate ca sinonime.

**Tipul de personalitate** are în vedere structura acesteia din perspectiva normalității. Astfel, tipul este ilustrat prin **pattern-uri comportamentale relativ stabile care au în vedere un mod personal de a percepe, simți, gândi și reacționa**. Expresie a unei organizări și structurări psihice specifice, tipul de personalitate se înscrie în normalitate unde realizează categorii sau grupări, pe baza unor asemănări

generale și formale (ex. Tip **brevilin**, **longilin**, **picnic**, **dispastic** etc). Spre deosebire de tulburarea de personalitate, **tipul** nu determină nici o disfuncționalitate și cu atât mai puțin o invaliditate funcțională profesională sau socio-familială.

**Tulburarea de personalitate** reprezintă o **deviație extremă sau semnificativă de la patternul comportamental comun al grupului cultural respectiv**. O astfel de tulburare a mai fost denumită dezvoltare întrucât ea se schițează din copilărie, se cristalizează la adolescență și însoțește persoana respectivă pe tot parcursul experienței sale.

**Modificarea de personalitate** apare, de obicei, la vârsta adultă, în urma unei trăiri psihostresante excesive și prelungite, sau în urma unei boli psihice severe. Spre deosebire de tulburarea de personalitate care constituie o dezvoltare, modificarea de personalitate este dobândită. Sub aspect etiologic, tulburarea de personalitate are o sorginte plurifactorială, în timp ce **modificarea de personalitate este întotdeauna secundară** unei situații sau condiții elocvente și certe: dezastre, tortură, lagăre de concentrare, ostateci, captivitate sau boală psihică severă.



Fizionomia mea nu mă ajută  
să mă cunosc ?

### 3. ASUPRA VALIDITĂȚII TERMENULUI DE "TULBURARE A PERSONALITĂȚII"; SINONIMII, INCLUDERE

În linii de maximă generalitate, noțiunile utilizate pentru a desemna ceea ce astăzi denumim **tulburări de personalitate** au urmat concepția de bază a epocii asupra acestor condiții. Astfel:

- pionierul ideilor despre tulburările de personalitate, **Ph. Pinel**, (1801) avea asupra acestor condiții o concepție, întrucâtva globalistă, orientată în special nosografic; în lucrarea sa **Nebunie fără delir** adică în "nebunie fără psihoză", **Ph. Pinel** vedea o "nebunie" situată la granița dintre normalitatea psihică și psihoză situație care ar putea fi redată prin termenul de **Personalitate anormală**;

- în primele patru decenii ale secolului trecut, tulburarea de personalitate era văzută din perspectiva moralității, concepție care a culminat cu inspirata denumire a lui **J.C. Prichard** (1835) de **Nebunie morală**;

- în a doua jumătate a secolului trecut, sub influența concepției degenerescenței, accentul s-a deplasat de la aspectele morale spre cele juridico-infracționale; această situație a influențat apariția termenului de **Inferioritate psihopatică** și respectiv **psihopatie**, termen impropriu, neinspirat, deși larg acceptat.

În primele decenii ale secolului nostru, condiția în discuție avea o dublă conotație:

- de perturbare a conduitei morale,
- de ignorare și sfidare a normelor și relațiilor sociale.

La rândul ei, această conotație morală a dus la apariția a două denumiri corespunzătoare:

- **anetopatie (caracteropatie)** și
- **sociopatie**, care, alături de aceea mai veche de
- **psihopatie**,

au constituit triada noțională care, din unghiuri diferite, încearcă să denumească aceste persoane cu trăsături heteroclite.

Aceste trei noțiuni și-au disputat întâietatea, cu șanse diferite în denumirea acestui grup nosografic, de largă întindere, situat între normal

și patologic.

Pe de altă parte, acești termeni, fiecare cu un conținut relativ-specific, opun o anumită rezistență introducerii unei noi noțiuni de tulburare a personalității adoptate și lansate de forurile psihiatrice internaționale prin **ICD** și **DSM**.

O succintă analiză a legitimizării celor trei termeni, ne-ar permite o mai bună înțelegere asupra menținerii și utilizării lor în lexicul psihiatric actual, ca și asupra rezistenței psihiatrilor la înnoirile noționale necesare.

#### Asupra noțiunii de anetopatie (caracteropatie).

Această noțiune este invalidată din start prin însuși aspectul ei lexical, formal, etica fiind știința normelor morale pe care, de fapt, noțiunea le incriminează. Din această perspectivă, noțiunea de **anetopatie** ar trebui înlocuită cu aceea de **moralopatie**, sinonimă întrucâtva, cu aceea de **caracteropatie**.

Pe de altă parte, noțiunea are o sferă mult prea restrânsă, exprimând în primul rând, conținutul tulburării de tip **dissocial** și **borderline** a personalității.

Prin caracterul ei limitativ, noțiunea de **anetopatie** este tributară primei jumătăți a secolului trecut, când tulburările de personalitate, în ansamblu, erau văzute din perspectiva moralei și considerate ca stări de **agenezie morală**.

#### Asupra noțiunii de sociopatie

Într-o caracterizare generală a tulburărilor de personalitate, se poate spune că ele **tulbură valorile vieții sociale**, că defectul lor bazal stă în **difficultatea de integrare** și de **armonizare socială**, aspecte desigur reale pentru anumite tulburări de personalitate, și în primul rând pentru tulburarea **dissocială** și **borderline**.

Sub unghi sociologic însă, termenul vizează defectul de a stabili relații (desigur optime), respectiv **defectul de relaționare**, situație în care aria acestei noțiuni se extinde. Deși aria acestui termen a fost conturată cu peste un secol în urmă de către psihiatrii englezi, termenul propriu zis de **sociopatie** a fost creat numai de trei decenii, tot de către un psihiatru englez, **Cleckley** (1966) și prezentat în lucrarea sa **Masca Sănătății**. În accepția autorului, acești oameni, fără a fi iraționali sau psihotici, "nu au nici un simț al responsabilității, desconsideră adevărul și nu cunosc rușinea". Lipsiți de regrete pentru comportamentul lor agresiv și perturbator, acești oameni par incapabili de a învăța din experiență.

După cum se poate constata din această schiță descriptivă a sociopatiei, termenul se referă mai degrabă la tulburarea **dissocială** (sau antisocială) a personalității și nicidecum la ansamblul tulburărilor de personalitate.

#### **Asupra noțiunii de psihopatie**

Se poate considera că termenul de **psihopatie** aparține lui **J.L. Koch** (1891) care vorbea însă de "**inferioritate psihopatică**", sintagmă inconsistentă și neacceptată datorită genului proximal de **inferioritate**, repede înlocuit cu acela de **personalitate**.

Noua formulare de **personalitate psihopatică** a fost larg acceptată și menținută până în ultimul deceniu datorită:

- caracterului său comprehensibil;
- preluării și utilizării sale de către fondatorul nosografiei psihiatrice,

#### **Emil Kraepelin.**

Totuși, în virtutea unui reduționism facil și totodată fastidios, mai ales în a doua jumătate a secolului nostru, termenul complet de **personalitate psihopatică** a fost înlocuit cu acela de **psihopatie**.

Preluat de către clinicieni datorită caracterului său sintetic, termenul de **psihopatie** a făcut epocă în psihopatologia clinică fiind ipostaziat (alături de alte două concepte fundamentale, **nevroza** și **psihoza**) drept al treilea concept generic utilizat pentru a desemna acest nou grup nosografic.

Pe de altă parte însă, disjuncția diadei de **personalitate psihopatică** și renunțarea la primul element de "**personalitate**" a produs celui de al doilea, **psihopatie**, o anumită vulnerabilitate. Astfel luat independent, termenul de **psihopatie** s-a dovedit a fi inconsistent, întrucât, în afara psihiatriei:

- el a fost preluat în accepție etimologică, de "suferință psihică", ceea ce nu corespunde nici semnificației psihiatrice și nici validității științifice;

- departe de a fi expresia unei suferințe psihice, trăsăturile și manifestările psihopatice sunt trăite ca **egosintonice** (în sensul că nu sunt considerate ca anormale de către cel în cauză);

- prin aceeași accepție etimologică, de suferință sau de tulburare psihică, termenul de **psihopatie** și-a extins aria asupra ansamblului bolilor psihice; astfel, nu numai în publicul larg, ci și în contextul medical general, termenul de **psihopatie** este folosit într-o nepermisă sinonimie cu acela de **boală psihică**.

Actualmente, termenul de **psihopatie** nu mai este menționat în cele două mari taxinomii psihiatrice, **ICD (1992)** și **DSM-IV (1994)**, fiind înlocuit cu acela de **tulburare de personalitate**.

Cu toate acestea, termenul de **psihopatie** este încă prezent, fiind utilizat în lucrările unor psihiatri care:

- nu sunt la curent cu datele celor două taxinomii psihiatrice internaționale, sau

- în virtutea tradiției au perpetuat cu pseudoargumente și mai ales dintr-un pretins orgoliu "științific" această veche denumire căreia, după un secol de utilizare i se retrage, în mod necesar, orice acreditare.

Istoria tulburărilor de personalitate a mai cunoscut și alți termeni sinonimi asupra cărora nu s-a oprit, veritabile efemeride sinonimice precum:

- **personalitate imatură**
- **personalitate inadecvată** și
- **personalitate accentuată**

care, prin inconsistența conținutului lor, nu mai necesită comentarii.



Medicul

#### 4. FACTORI CORELATIV-ETIOLOGICI AI TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Se consideră că etiologia tulburărilor de personalitate este **plurifactorială**, aserțiunea sugerând faptul că, din numeroși factori incriminați în etiologie, niciunul nu se bucură de validitate științifică. În ampla arie a supozițiilor etiologice, de la cele genetice la cele pedagogice, de la cele biochimice la cele electrofiziologice, de la evenimentele de viață la considerațiile psihanalitice, practic toate supozițiile etiologice își dispută întâietatea cauzală subliniind - prin tautologie - conceptul plurifactorial ce maschează, aici, nedescifrata etiologie.

##### **Date de heritabilitate în etiologia tulburărilor de personalitate.**

Acestea constau în studii pe gemeni și studii de adopțiune.

**Studiile pe gemeni** au fost axate asupra ratelor de concordanță (a tulburărilor de personalitate) între **monozigoți**, la care concordanța a fost mai înaltă și **dizigoți**, pentru care concordanța a fost mai redusă. Astfel, analiza **registriului danez al gemenilor**, a reliefat o rată de concordanță de 36% pentru gemenii monozigoți și de 12% pentru gemenii dizigoți.

Pe de altă parte, un amplu studiu efectuat în Statele Unite pe 15.000 perechi de gemeni, a relevat faptul că "printre gemenii monozigoți concordanța pentru tulburările personalității a fost de câteva ori mai mare decât aceea din rândul gemenilor dizigoți" (H.I. Kaplan, J.A. Grebb, 1994, p.731).

**Studii de adopțiune** asupra copiilor proveniți din părinți cu tulburări de personalitate (în special de **tip disocial**) au relevat faptul că în viața adultă, acești copii (crescuți în familii cu părinți adoptivi sănătoși) prezentau, în general, tulburări asemănătoare cu acelea ale părinților biologici.

##### **Rolul leziunii cerebrale minore.**

În ultimii ani, atenția cercetătorilor a fost atrasă de corelația tot mai strânsă între traumatismele craniocerebrale, cu microleziuni cerebrale, înregistrate în copilărie și apariția tulburărilor de personalitate care survin la vârsta adultă tânără. **Corelația** menționată este mai evi-

dentă între atingerile neuronale din copilărie și tulburările disociale și borderline ale personalității.

Investigația bioelectrică a persoanelor care prezentau corelațiile menționate a evidențiat prezența **undelor teta**, ca și a unor grupări de **unde rapide** de 3-5 cicluri pe secundă în zonele temporale posterioare.

Ca o consecință a **leziunilor neuronale** minore, poate apărea așa numitul **sindrom episodic de discontrol**, care constă într-un pattern comportamental violent, hipermetrop, dezadaptat, neprovocat, în orice caz nemotivat.

Un fapt asemănător (dacă nu cumva același), dar descris diferit de autori diferiți, este fenomenul de **spită pozitivă**, care constă în izbucniri de unde bioelectrice pozitive, de 6-8 cicluri pe secundă, ca și de 14-16 cicluri pe secundă, înregistrate în lobul temporal, într-o proporție de 40-45% dintre cei cu **tulburare de personalitate instabil-impulsivă, disocială și sadică**.

##### **Date biologice implicate în tulburările de personalitate.**

Modificări biologice variate au fost tot mai frecvent semnalate în tulburările de personalitate. Printre acestea se menționează:

- **mișcări sacadate ale globilor oculari** la proba de urmărire a unui obiect în mișcare;

- **creșterea endorfinelor endogene** în tulburările de personalitate, caracterizate prin pasivitate, închidere, retragere, ezitare și resemnare;

- **o activare a sistemelor dopaminergice și serotoninergice;**

- **o reducere a concentrației acidului 5 hidroxiindolacetic** (un metabolit al serotoninei), în tulburările de personalitate ilustrate prin impulsivitate, agresivitate și manifestări suicidare;

- **reducerea monoaminoxidazelor trombocitare**, în tulburările de personalitate evitantă, schizoidă și schizotipală;

- **creșterea testosteronului și estrogenilor**, în tulburările de personalitate de tip disocial, borderline și sadic.

##### **Rolul mediului în apariția tulburărilor de personalitate.**

Ca și în alte situații de cercetare psihosociologică și aici, proiecția și influența inconștientă a cercetătorului este semnificativă. Acest fenomen este constat și în viața curentă, în psihologia vieții cotidiene și poate tocmai de aceea nu face obiectul unei cercetări științifice. Astfel, la Londra în cadrul unei reuniuni colegiale ori familiale, dacă unul dintre invitați cade sub masă din cauza ingestiei excesive de alcool, el

este "nostim" dar dacă aceeași scenă este văzută într-un restaurant având ca subiect un necunoscut, cel în cauză este "abject". Tot astfel, clinicienii (ca membri ai unor grupuri socioprofesionale elevate), constată că "prevalența tulburărilor de personalitate este de trei ori mai mare în stratul socioeconomic inferior, față de cel superior" (J.C. Perry, G.E. Vaillant, 1989, p.1358). Acest fapt este adevărat, dar această înaltă prevalență este aparentă, întrucât, așa cum am avut posibilitatea să constat, în medii socioeconomice elevate (histrionicul este diagnosticat ca "fermecător", paranoicul este "hotărât", schizotipalul este "interiorizat") diagnosticul fiind astfel mult mai rar consemnat.

La rândul lor, influențele socioculturale sunt importante și efective. Desigur, "există culturi care încurajează agresiunea contribuind astfel la creșterea prevalenței tulburării paranoide și antisociale a personalității" (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, J.A. Grebb, 1994, p.732).

Și la noi aceste două tipuri de tulburare a personalității au înregistrat o creștere a prevalenței dar, în același timp, așa cum se poate constata din cele mai multe filme, în special americane, prezentate în ultimii ani pe posturile de televiziune de la noi, nu au lipsit agresiunea, bătaia sau crima. Într-adevăr, influențele socioculturale, insidioase ori brutale, neconforme cu psihologia poporului nostru, siderează tot mai evident etosul populației. Abjecția și terifiantul, patologicul și paranormalul (ipostaziate ca teme ale "artei") ne pătrund în case alienându-ne copiii, îngrozindu-ne părinții, inhibându-ne educatorii. Asemenea influențe culturale malefice de sorginte xenopatică, intoxică spiritul nostru până mai ieri anxietat, cu fiecare zi mai deprimat, sporind astfel riscul de a deveni alienat.

#### 4.1. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE DIN PERSPECTIVĂ PSIHANALITICĂ

În lumea medicală psihanaliza este văzută și considerată în mod unilateral și reduționist, respectiv numai din perspectivă psihoterapeutică. Într-adevăr, metoda de psihoterapie psihanalitică a fost denumită de însuși Sigmund Freud, psihanaliză, aceste două noțiuni fiind utilizate și astăzi într-o anumită sinonimie.

Spre deosebire însă de această dimensiune terapeutică (desigur, cea mai importantă cel puțin sub aspect practic), psihanaliza prezintă

încă alte dimensiuni, și corelat acestora, noțiunea de psihanaliză cunoaște mai multe accepțiuni. Astfel, psihanaliza nu este numai

- o **metodă de psihoterapie**, ci și
- o **concepție** (denumită uneori doctrină) **asupra modului de organizare a psihismului uman**,
- un **mijloc de investigație a psihismului**, precum și
- o **teorie etiopatogenetică** (în opinia noastră o supoziție), ce încearcă să explice cauzele și mai ales mecanismele care determină apariția bolii psihice.

În acest context vom prezenta în mod succint și... inerent reduționist, punctul de vedere psihanalitic asupra cauzelor și mecanismelor tulburărilor de personalitate. Am considerat necesar acest lucru întrucât "tulburările de personalitate reprezintă o arie a psihopatologiei în care, gândirea psihanalitică își aduce cea mai semnificativă contribuție la psihiatria contemporană" (G.O. Gabbard, 1995, p. 466).

Pentru a înțelege mai bine **perspectiva etiopatogenetică a psihanalizei** se impune însă încă o precizare semantică: este vorba de sinonimia (de fapt confuzia) dintre "caracter" și "personalitate" pe care o face S. Freud; în virtutea acesteia, S. Freud folosește noțiunea de caracter în locul aceleia de personalitate (cunoscută încă din antichitate). În acest sens, S. Freud se referă la:

- **caractere orale**, cu predispoziție spre pasivitate și dependență, nu atât de altă persoană cât mai ales de droguri, alcool sau chiar mâncare.
- **caractere anale**, ilustrate prin punctualitate, precizie, parcimonie și încăpățănare,
- **caractere narcisice**, caracterizate prin stimă de sine și agresivitate.
- **caractere obsesionale**, ilustrate prin nehotărâre, inflexibilitate și rigiditate.

Evident, aici nu este vorba de "caractere" "orale", "anale", "narcisice" și "obsesionale", ci de **tipuri de personalitate**.

Întrucât clasificarea mai susmenționată este una dintre cele mai răspândite și cunoscute din întreaga psihologie, confuzia dintre caracter și personalitate, a generat o altă sintagmă psihanalitică și anume "**Nevroza de caracter**", entitate clinică de la care a plecat o încercare de clasificare a tulburărilor de personalitate:



- **tulburări de personalitate de nivel înalt** (ce cuprind tulburarea **anancastă** și tulburarea **histrionică** a personalității) în care, simptomele nevrotice sunt discrete sau absente, în timp ce anumite modele defensive și stiluri cognitive invadează personalitatea pacientului,

- **tulburări de personalitate de nivel scăzut** (exemplificate prin tulburarea **borderline** și **antisocială**) care, implică un conflict intrapsihic și sunt caracterizate prin inconsistența anumitor trăsături ale Ego-ului ilustrate clinic prin:

- dificultăți în stabilirea și mai ales în menținerea unor relații acceptabile,

- slabă capacitate de stăpânire a pulsionilor,

- slab control al afectelor,

- redusă toleranță la frustrare.

Preluând confuzia lui **S. Freud**, între caracter și personalitate, un alt psihanalist, **Wilhelm Reich**, folosește sintagma "armură a caracterului" pentru a descrie, ceea ce ulterior au fost denumite **mecanisme de apărare ale Ego-ului**.

Aceste "mecanisme de apărare" cunoscute și sub denumirea sintetică de **defense**, sunt definite ca procese mentale inconștiente, folosite de **Ego** în scopul rezolvării conflictelor dintre "cele patru stele călăuzitoare ale vieții interioare": **instinct** (privit și ca dorință sau ca trebuință), **realitate**, **oameni importanți** (în sensul de persoane semnificative pentru cel în cauză) și **conștiință**.

Numai prin cunoașterea și analiza acestor elemente cardinale ale vieții interioare, s-ar putea înțelege dependența de fundal, mascată de independența insistentă și uneori ostentativă a **personalității paranoide**, sau teama existentă în spatele unei afectivități aplatizate ale **personalității schizoide**.

**4.1.1. Mecanismele de apărare ale Ego-ului, expresie a istoriei vieții pacientului.**

Fiecare pacient, prezintă mai multe **mecanisme de apărare** dintre care, unul este cel mai puternic și, totodată, cel mai rigid. La prima vedere, el apare ca marcă a patologiei bolnavului, dar, de fapt, el constituie expresia personalității sale.

Din punct de vedere clinic, un mecanism de apărare pare un element de **semiologie psihanalitică**. În comparație cu semiologia clinică, **defensele** sunt asemănată cu febra, durerea sau puroiul. Acestea,

deși sunt elemente ale patologiei, constituie expresia unor mecanisme fiziologice și fiziopatologice de apărare mai profunde, prin care organismul dezvoltă acțiuni de apărare mai eficiente, superioare. Ele au un rol sanogenetic. După cum febra, durerea sau puroiul sunt expresia unei disponibilități ale biologiei insului, orientate sanogenetic, tot astfel, mecanismele de apărare sunt expresia unor disponibilități ale psihologiei sale cu aceeași orientare spre însănătoșire.

Aceste disponibilități, din care nu poate fi omisă sorgintea genetică, sunt chintesența vieții sociale și a experienței de viață a insului. Ele reprezintă acțiuni "homeostatice" inconștiente la conflicte și tensiuni interioare.

Asemenea durerii, febrei sau puroiului, care determină grade variabile de incapacitate fizică, tot astfel, **defensele determină grade variabile de invalidare psihică**. Urmând analogia, putem spune că defensiva (ca și colecția purulentă) nu trebuie înlăturată decât atunci când tensiunea psihică subiacentă nu mai poate fi suportată. În psihanaliză, înlăturarea prematură sau neglijentă a defenselor prejudiciază relația terapeutică sau chiar cura psihoterapeutică. Acest fapt trebuie avut în vedere mai ales în cazul tulburărilor de personalitate în care (spre deosebire de tulburările nevrotice) ruperea sau înlăturarea prematură a defenselor, ca și interpretarea lor intempestivă, sunt întâmpinate cu ostilitate din partea pacientului, dovedind totodată, inabilitatea terapeutului.

**4.1.2. Principalele defense implicate în patogenia unor tulburări de personalitate.**

**Trăirea fantasmatică**, denumită și **fantezie autistă**, este determinată de anxietate față de intimitate. În această situație cei în cauză caută satisfacție și "consolare" prin crearea unei vieți imaginare, prin care izbutesc să se mențină într-o conduită detașată, distantă sau chiar izolată față de oameni și situații. Un astfel de mecanism contribuie la structurarea și menținerea tulburării **schizoide** și **schizotipale** a personalității.

**Disocierea**, este mecanismul defensiv prin care stările dispoziționale negative sunt, în mod inconștient, înlocuite cu stări și afecte pozitive; este o continuă convertire a negativului în pozitiv, a neplăcutului în plăcut, a insuccesului în succes, așa cum se constată la cei cu **tulburare histrionică** a personalității.

Același mecanism, disociativ-defensiv, este întâlnit și în cazul conduitei de risc ale unor adolescenți anxioși care, în încercarea de a

eluda anxietatea, recurg în mod inconștient la acte hazardate, imprevizibile, șocante și binențeles riscante.

**Negarea**, este mecanismul prin care acte, fapte și evenimente indezirabile și tulburătoare sunt dezavuate și împinse în afara conștiinței, într-un efort inconștient de apărare. Această acțiune de curățare (a câmpului conștiinței) lasă în urmă o vulnerabilizare, un "calus" care a luat locul "răniilor" suferite în decursul dezvoltării. **Negarea**, este un mecanism defensiv cu o slabă eficiență, întâlnit în numeroase tulburări de personalitate; ea menține persoana departe de alții, ca și de propriile stări dispoziționale negative, fără a putea însă elimina sau masca anxietatea sau depresia.

**Izolarea**, este mecanismul defensiv caracteristic tipului de personalitate obsesiv-compulsiv. Cel în cauză, nu numai că nu alungă faptele și situațiile indezirabile, dar le reține și le disecă în stilul său analitic și rece.

**Proiecția**, defensiva principală a personalităților **paranoide**, constă în atribuirea celorlalți a propriilor intenții, tendințe, pulsioni și dorințe. Prin acest mecanism, cel în cauză apare ca orgolios, bănuitor și sensibil, colecționând și inventariind greșelile celor din jur.

**Hipocondria**, este mecanismul sancționării deghizate întâlnit în tulburarea **borderline**, **dependentă** și **pasiv-agresivă** a personalității. **Hipocondria** este defensiva plângărețului care, în fapt, respinge ajutorul și de aceea nu se vindecă, pentru a-i pedepsi astfel pe ceilalți. De fapt, acest mecanism defensiv se desfășoară conform unui pattern ale cărui etape sunt:

- autoreproșul,
- acuze ireductibile, în special dureroase,
- sindromul somatoform,
- ideatie suicidară acompaniată de dileme existențiale insolubile.

În esență, acuzele hipocondriace ascund:

- dorințe nesatisfăcute de independență și
- reproșul mânios și culpabilizant adresat altora.

**Diviziunea**, este defensiva care constă în separarea categorică a celor din jur, în funcție de judecăți morale și afective în buni și răi, prieteni și dușmani. Prin acest mecanism disjunctiv, întâlnit mai ales în tulburarea **borderline** și **dissocială** a personalității, cei cunoscuți sunt clasificați categoric, idealizați sau defăimați, nu numai sub aspectul intențiilor, ci și al valorii și moralității lor.

**Comportamentul pasiv-agresiv**, este un mecanism defensiv care constă în deturnarea agresivității asupra propriei persoane. În plan clinic acest mecanism (întâlnit mai ales în tulburarea **pasiv-agresivă** și **borderline** a personalității) este ilustrat prin pasivitate, refuz, temporizare sau amânare la orice rugămintă sau solicitare în care ostilitatea subiacentă este transparentă. Alteori, conduita autodestructivă este elocventă, cei în cauză recurgând la venesecție, incizii tegumentare sau tentative suicidare veleitare.

**Acting-out**-ul, sintagmă psihanalitică polisemică este un mecanism de apărare frecvent întâlnit în tulburările de personalitate. El reprezintă expresia directă, elocventă, în plan acțional, a unei dorințe inconștiente sau a unui conflict inconștient și constă în conduite capricioase, agresivitate, atacuri nemotivate etc.

**Identificarea proiectivă**, este un mecanism de apărare utilizat mai ales în tulburarea **borderline** a personalității. El constă în trei instanțe și anume:

- un aspect al **Ego**-ului este proiectat asupra altei persoane;
- cel care proiectează, încearcă să forțeze cealaltă persoană pentru a o face să se identifice cu ceea ce a fost proiectat asupra ei;
- recipientul proiecției cât și "proiectorul", ajung la un sentiment de uniune.

În mod practic, toate tulburările de personalitate prezintă depresie și anxietate în grade diferite și în mod diferit conștientizate.

Atunci când **defensele** sunt eficiente, ele pot reduce sau chiar sidera anxietatea și depresia. Dimpotrivă, abandonarea defenselor antrenează creșterea anxietății și depresiei conștiente. În fapt, cunoașterea principalelor mecanisme de apărare ale **Ego**-ului, respectiv a principalelor defense, constituie cheia descifrării structurii personalității celui în cauză și, implicit, a unei abordări terapeutice eficiente.

## 5. DATE EPIDEMIOLOGICE ASUPRA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Studiile epidemiologice asupra tulburărilor de personalitate oferă date relativ constante asupra prevalenței lor în populația generală. Pe de altă parte, constatăm o creștere impresionantă a prevalenței acestor condiții la populația spitalicească. Pe lângă alte considerente, această constatare poate fi interpretată:

- ca o expresie a extensiei psihiatriei în viața socială;
- ca o preocupare mai mare a psihiatrilor pentru aceste cazuri limită;
- ca un refugiu al acestor marginali, uneori infracționali, în mediul protector al spitalului;
- ca o consecință a reducerii toleranței sociale față de aceste cazuri care, deși marginale, sunt perturbatoare pentru armonia vieții sociale.

Într-o sinteză a mai multor studii epidemiologice asupra tulburărilor de personalitate s-a constatat că "5-15% din populația adultă prezintă tulburări de personalitate în orice moment" (J.C. Perry, G.E. Vaillant, 1989, p.1358).

Date mai recente, bazate pe criteriile de diagnostic ale **DSM-III-R** (1987) și **DSM-IV** (1994) "sugerează că aproximativ 10-13% din populația generală prezintă tulburări de personalitate" (J.G. Gunderson, Katharine Phillips, 1995, p.1431)

Totodată, studii asupra populației clinice indică faptul că 15% dintre pacienții internați au probleme determinate de tulburările de personalitate, iar jumătate dintre ceilalți pacienți prezintă tulburări de personalitate coexistente. Tot astfel, "în serviciile ambulatorii, rata prevalenței tulburărilor de personalitate este de 30-50%" (Ibidem).

Cum era de presupus, se constată faptul că rata tulburărilor de personalitate și în special a **tulburărilor disociale**:

- este mai înaltă în clinicile de toxicomanie și alcoolomanie și
- mai redusă în clinicile de psihoterapie.

Referindu-ne la ceea ce putem denumi **prevalență internosografică**, studiile de epidemiologie clinică evidențiază faptul că tulburările de personalitate în ansamblu:

- sunt de aproximativ zece ori mai frecvente decât psihozele și
- prezintă o prevalență asemănătoare cu aceea a nevrozelor.

## 6. CLASIFICĂRI ACTUALE ALE TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Asemenea altor grupuri nosografice și aici, în domeniul tulburărilor de personalitate, există o competiție între cele două sisteme taxinomice:

- **sistemul taxinomic european** reprezentat prin **Clasificarea Internațională a Maladiilor**, elaborată de experții OMS (Geneva, 1992) și

- **sistemul taxinomic american** reprezentat prin **Manualul Diagnostic și Statistic** elaborat de experții Asociației Americane de Psihiatrie (Washington, 1994).

În privința tulburărilor de personalitate, între aceste două sisteme taxinomice internaționale există deosebiri semnificative, în pofida faptului că între experții celor două sisteme a existat un anumit grad de colaborare.

Ca țară europeană, România a adoptat sistemul taxinomic de la Geneva (al Organizației Mondiale a Sănătății) deși acesta este mai mult declarat decât argumentat, în timp ce sistemul taxinomic al psihiatriei americane este logic și exhaustiv argumentat, fiind mult mai bine statuat și mai puternic validat științific.

În privința validității și reliabilității unuia sau a celuilalt sistem taxinomic, rămâne însă ca **Asociația psihiatrilor din România** să-și exprime opinia. Din această perspectivă, în cele ce urmează, vom prezenta, în mod comparativ, taxinomia nosografică a ambelor sisteme.

La o analiză comparativă a celor două sisteme nosografice (**ICD-X**, 1992 și **DSM-IV**, 1994) se constată anumite deosebiri, printre care menționăm pe cele care vizează numărul, selecția și denumirea tulburărilor de personalitate.

**Deosebiri în privința numărului tulburărilor de personalitate validate.** Cele două sisteme nosografice reprezintă:

- nouă tipuri specifice de tulburări ale personalității în **ICD-X**,
- zece tipuri specifice de tulburări ale personalității în **DSM-IV**.

**Deosebiri în privința tipurilor selecționate de către cele două sisteme nosografice.**

Sub acest aspect, menționăm că unele tipuri care lipsesc dintr-o

taxinomie sunt regăsite în cealaltă și invers. Astfel:

- în **DSM-IV** întâlnim tulburarea **schizotipală** și **narcisică**, ambele fiind absente din **ICD-X**;

- în **ICD-X** este prezentă tulburarea **emoțional-instabilă** care lipsește însă din **DSM-IV**.

O explicație sau argumentare privind includerea sau excluderea din taxinomie a unor tipuri de tulburări nu ne este prezentată de **ICD-X** sau de **DSM-IV**. Presupunem însă că **ICD-X**:

- **exclde tulburarea schizotipală** întrucât aceasta, prin natura dar și prin modul de manifestare a unor trăsături clinice, se înscrie mai adecvat în **spectrul schizofreniei** decât în acela al tulburărilor de personalitate;

- exclude, de asemenea, **tulburarea narcisică** întrucât, unele trăsături clinice ale acesteia sunt întâlnite în **tulburarea histrionică**.

La rândul său, **DSM-IV** exclude din taxinomia sa tulburarea **emoțional-instabilă** întrucât unele dintre trăsăturile acesteia sunt preluate de tulburarea **borderline**.

**Deosebiri în privința denumirii tulburărilor de personalitate.**

**Tulburare disocială de personalitate din ICD-X** este denumită **antisocială** în **DSM-IV**. Considerăm că denumirea de **disocială** este mai adecvată comparativ cu aceea de **antisocială** din **DSM** întrucât:

- noțiunea de **disocial** presupune (într-adevăr) o tulburare a relațiilor sociale în timp ce noțiunea de **antisocial**, utilizată de **DSM-IV**, presupune în primul rând o atitudine potrivnică ordinii sociale despre care aici nu poate fi vorba.

**Tulburarea anxioasă de personalitate din ICD-X** este denumită **evitantă** în **DSM-IV**. Și în această situație precizăm că:

- noțiunea de tulburare **anxioasă** este mai adecvată în comparație cu aceea de tulburare **evitantă**, întrucât anxietatea stă la baza comportamentului evitant; tocmai de aceea putem considera că **ICD-X** preferă noțiunea de sorginte etiopatogenică în timp ce **DSM-IV** are în vedere manifestarea comportamentală.

**Tulburarea obsesiv-compulsivă a personalității** implică, de asemenea, deosebiri noționale între cele două sisteme taxinomice. Astfel:

- în timp ce **DSM-IV** preferă și adoptă noțiunea europeană și tradițională de tulburare **obsesiv-compulsivă** a personalității,

- **ICD-X**, respectiv experții OMS de la Geneva, renunță la noțiu-

nea de **obsesiv-compulsiv**, care a făcut epocă în psihopatologia clasică europeană și adoptă noțiunea neologistică, psihanalitică, cu o sferă mai restrânsă și mult mai rar utilizată, de tulburare **anancastă** de personalitate.

## 6.1 CLASIFICAREA BAZATĂ PE CLUSTERE

Asociația Psihiatrilor Americani prezintă în **DSM-III-R** (1987) o împărțire a tulburărilor de personalitate în trei grupuri (clustere), fără a oferi însă o explicație necesară a acestui demers logic.

La rândul său, **DSM-IV** (1994) reia această sistematizare, fără a o susține însă printr-o argumentare; dimpotrivă, după ce prezintă cele trei grupări ale tulburărilor de personalitate, menționează că "acest sistem de clustere are limite și ... nu a fost validat suficient" (**DSM-IV**, 1994, p.630).

De fapt, **DSM-IV** (1994) se limitează la precizarea că aceste grupări au fost "bazate pe similarități descriptive" (**Ibidem**), după cum urmează:

- **grupul A** (tulburarea de personalitate **paranoidă**, **schizoidă** și **schizotipală**) cuprinde oameni care "apar ca ciudați sau excentrici";

- **grupul B** (tulburarea de personalitate **antisocială**, **de graniță**, **histrionică** și **narcisică**) include inși "dramatici, emoționali, hieratici";

- **grupul C** (tulburarea de personalitate **evitantă**, **dependentă** și **obsesiv-compulsivă**) include pe cei "anxioși și temători" (**DSM-IV**, 1994 p.630).

Considerăm că aceste clustere ale tulburărilor de personalitate ar putea fi apreciate dintr-o dublă perspectivă și anume:

- nosografică și

- genetică.

**Din perspectivă nosografică** se poate constata că:

- **grupul A** are o **sorginte psihotică**, fapt argumentat prin:

• esența psihotică a trăsăturilor;

• sinonimia (denumirii) tulburării de personalitate cu psihoze-

le corespondente:

- tulburarea de personalitate paranoidă ⇒ paranoia,

- tulburarea de personalitate schizoidă și schizotipală ⇒ schizofrenie.

ICD - X (1992)		DSM - IV (1994)	
SORGINTE PSIHOTICĂ	PARANOIDĂ	PARANOIDĂ	CLUSTER A
	SCHIZOIDĂ	SCHIZOIDĂ	
		SCHIZOTIPALĂ	
SORGINTE PSIHO-SOCIALĂ	DISSOCIALĂ	ANTISOCIALĂ	CLUSTER B
	BORDERLINE	BORDERLINE	
	HISTRIONICĂ	HISTRIONICĂ	
		NARCISICĂ	
SORGINTE NEVROTICĂ	ANXIOASĂ	EVITANTĂ	CLUSTER C
	DEPENDENTĂ	DEPENDENTĂ	
	ANANCASTĂ	OBSESIV-COM.	
	EMOȚIONAL-INSTABILĂ		

Tabel comparativ al tulburărilor specifice de personalitate

- **grupul B** are o **sorginte psihosocială**, în sensul că aici sunt incluși cei care tulbură armonia grupului profesional și a vieții sociale în general.

- **grupul C** este de **natură nevrotică** și acest fapt îl argumentăm atât prin denumirea sinonimă cât și prin asemănarea manifestărilor clinice; astfel, se poate constata corespondența:

- tulburare anxioasă (evitantă) de personalitate ⇒ nevroză anxioasă, sau,

- tulburare obsesiv-compulsivă de personalitate ⇒ nevroză obsesiv-compulsivă.

**Din perspectivă genetică** se poate constata că tulburările de personalitate, incluse în cele trei clustere, sunt înrudite cu bolile psihice corelate, mai sus menționate. Astfel:

- tulburările de personalitate din **grupul A** (**paranoidă, schizoidă, schizotipală**) sunt mai frecvent întâlnite la rudele de gradul I ale pacienților schizofreni sau cu o afecțiune din spectrul schizofreniei;

- tulburările de personalitate din **grupul B** (**antisocială, borderline,**

**histrionică și narcisică**) prezintă o predispoziție genetică pentru tulburări nevrotice. Astfel, se constată o corelație înalt semnificativă între:

- tulburarea borderline a personalității și tulburarea depresivă (distimie),
- tulburarea histrionică a personalității și tulburarea de somatizare,
- tulburarea antisocială a personalității și alcoolomanie,

- tulburările de personalitate din **grupul C** (**anxioasă, dependentă, obsesiv-compulsivă**) prezintă corelații genetice cu entitățile nevrotice corespunzătoare și anume:

- tulburarea obsesiv-compulsivă a personalității corelează cu depresia,
- tulburarea evitantă a personalității corelează cu nevroza anxioasă.

Desigur, aprofundarea cercetării și cunoașterii acestor **clustere** ale tulburărilor de personalitate poate evidenția noi corelații (genetice, biochimice și clinice) între cele trei mari categorii nosografice: psihoze, nevroze și tulburări de personalitate. În fapt, cel puțin **sub aspect clinic, lexical și semantic, tulburările de personalitate ne apar ca reprezentanți miniaturali ai psihozelor și nevrozelor**. Simptomele acestor entități (psihotice și nevrotice) pierd din amploarea și acuitatea lor în favoarea duratei (îndelungate), sub care sunt regăsite în tulburările de personalitate. Din această perspectivă:

- **simptomul psihic** (nevrotic sau psihotic), element clinic bine determinat, manifestare clinică elocventă și cu o istorie bine conturată se transformă în **trăsătură** (în cazul tulburării de personalitate); la rândul ei,

- **boala psihică**, nevrotică sau psihotică, (organizată conform modelului medical general) în cazul tulburării de personalitate își pierde atributul dar și accepția de entitate nosografică, și se convertește în **structură psihică** dizamonică; tocmai de aceea,

- apelativul de **bolnav psihic**, în cazul celui cu tulburare de personalitate (respectiv al insului dizarmonic), își retrage conotația pierzându-și astfel semnificația.

## 6.2 CLASIFICAREA BAZATĂ PE GRADUL DE SEVERITATE

În ultimii ani a apărut o nouă clasificare a tulburărilor de personalitate bazată pe criterii conceptuale, etiologice și prognostice. Din această perspectivă, tulburările de personalitate sunt sistematizate în trei categorii:

- tulburări de spectru,
- tulburări de sine și
- tulburări de trăsătură.

Se consideră că această sistematizare indică o ierarhizare, în privința abordării clinice și mai ales terapeutice, a diferitelor entități. În plus, se apreciază faptul că această sistematizare constituie "un pas spre un cadru bazat pe date de validitate" (J.G. Gunderson, Katharine A. Phillips, 1994, p.1434).

**Tulburările de spectru ale personalității** (care cuprind forma schizotipală, paranoidă, hipertimă, ciclotimă și depresivă) prezintă următoarele caracteristici:

- sunt cele mai severe sub aspectul fenomenologiei clinice,
- sunt mai strâns corelate cu modelul biologic,
- sunt mai puternic invalidate sub aspectul funcționării sociale,
- se conformează "modelului dimensional" în sensul că pot fi înscrise într-un continuum cu tulburările de pe axa I.

**Tulburările de sine ale personalității** (care cuprind forma schizoidă, antisocială și borderline) se caracterizează prin faptul că:

- prezintă o imagine de sine inadecvată, disproporționată sau falsă,
- sunt favorizate sau determinate de situații frustrante sau stresante ale copilăriei timpurii, ca și de mediul familial neunitar sau perturbator,
- au structuri psihice fragile și sensibile la influențele mediului social.

**Tulburările de trăsătură ale personalității** (care includ forma obsesiv-compulsivă, histrionică, dependentă, narcisică, pasiv-agresivă și evitantă) sunt ilustrate prin:

- inadecvarea la grupul social și dificultăți structurale de armonizare și integrare în grup,
- un grad semnificativ de "suferință subiectivă",
- o importantă invalidare socioprofesională,

- asemănarea cu trăsăturile normale de personalitate, fiind considerate ca variante extreme ale acestora.

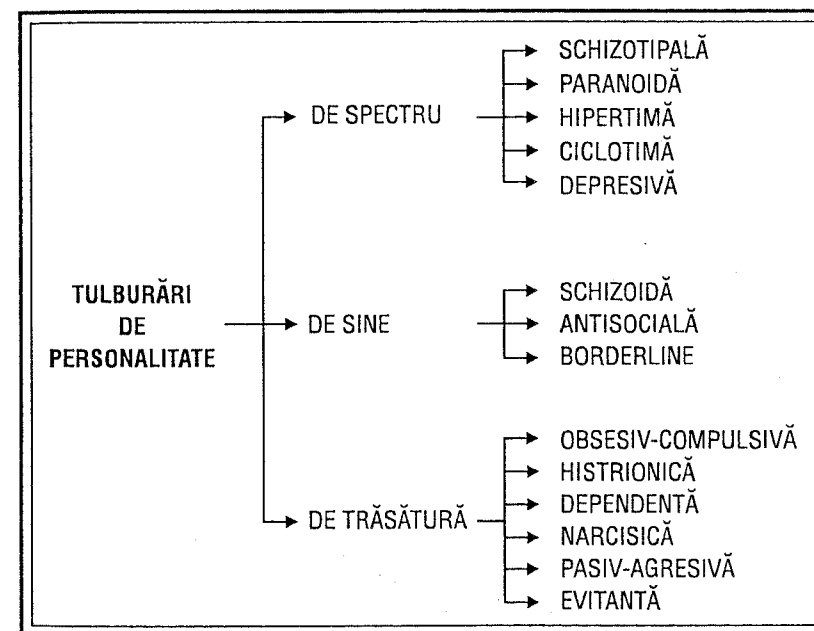
**Asupra gradului de validitate a clasificării bazate pe severitate.**

Analizată mai atent, clasificarea susmenționată are șanse minime de a fi validată, întrucât:

- nu este bazată pe un criteriu unic, ci pe mai multe criterii care sunt foarte diferite, chiar heteroclitice (etiologic, clinic, nosografic, psihanalitic);

- introduce forme de tulburare a personalității inexistente în cele două taxinomii internaționale actuale (ICD-X și respectiv DSM-IV), de exemplu tipul **hipertim** sau **ciclotim**, care au fost de câteva decenii eliminate din această categorie nosografică;

- introduce forme de tulburare a personalității foarte asemănătoare (după unii clinicieni sinonime), ex. tipul **depresiv** și tipul **dependent**, în categorii diferite, în cazul de față extreme.



Clasificarea tulburărilor de personalitate după gradul de severitate

### 6.3. PROPUNERE PENTRU O NOUĂ CLASIFICARE A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE ÎN FUNCȚIE DE GRADUL DE VALIDITATE ȘTIINȚIFICĂ

Elementul esențial care trebuie să fundamenteze orice clasificare este **criteriul**. Esențial și totodată definitoriu, criteriul asigură reliabilitatea, validitatea și stabilitatea unei clasificări.

În patologie, criteriul esențial pentru orice taxinomie ar trebui să fie cel **etiologic**, sau bazat pe etiologie. Cu o jenă ce n-ar mai trebui disimulată, exceptând bolile infecțioase, medicina și, evident **psihiatra**, este încă departe de a stăpâni etiologia.

Mascându-ne cu grijă ignoranța în domeniul cunoașterii cauzelor, noi, medicii, stăpâniți de un nedisimulat și, poate, nonconștient orgoliu, am ajuns experți în supoziții etiologice, în presupuneri asupra cauzelor bolilor.

Fenomen psihic specific omului, dorința de aflare a cauzelor (care a constituit, la rândul ei, un factor important al evoluției ființei umane) nu a ocolit nici savanții din domeniul medical. În general, spre zenitul vieții lor, aceștia s-au aventurat în aria nisipurilor mișcătoare a etiologiei, mulți dintre ei, începând cu părintele medicinei, **Hipocrate**, acoperindu-se de ridicol. Astfel, acest medic al antichității, intrat în legendă, care domină istoria medicinei universale,

- deși a descris manifestările clinice ale **isteriei** cu o autenticitate și o validitate demne de actualele tratate,

- în privința cauzelor aceleiași boli, (isteria), consideră că acestea constau în deplasările uterului prin organism și implicit prin creier (de unde ideea, la fel de eronată, că isteria se întâlnește numai la femei).

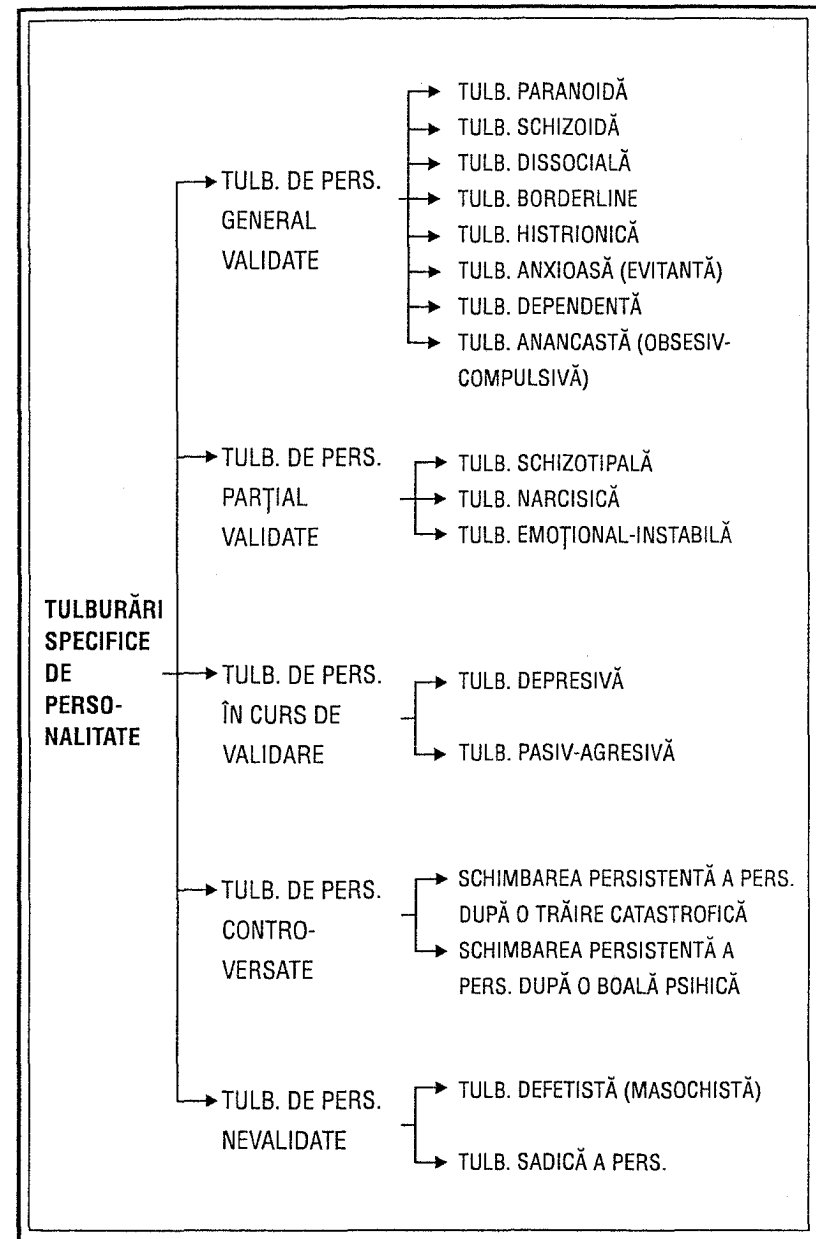
Exemple întrucâtva asemănătoare au acompaniat întreaga istorie a medicinei. Fenomenul prin care numeroși clinicieni au eșuat pe terenul etiologiei, este întrucâtva asemănător cu acela al marilor savanți care, în pofida performanțelor obținute în domeniul lor profesional, au fost minori (chiar penibili deseori), în domeniul politic sau social.

Pe de altă parte nu poate fi omis faptul că lumea științifică de astăzi, din domeniul medical,

- atât în prezentarea tabloului clinic al bolilor,

- cât și în alegerea criteriilor nosografiilor,

lăsând în paranteză etiologia, se bazează pe ceea ce știe și cunoaște mai bine, și anume pe simptomatologie.



Propunere pentru o nouă clasificare a tulburărilor de personalitate în funcție de gradul de validitate științifică

Totodată, cercetătorii din domeniul medicinei clinice actuale renunță la teorii și doctrine, indiferent de prestigiul științific al celor care le-au elaborat, revalorizând observația clinică și fenomenologia semiologică.

În plus, autoritățile științifice sunt astăzi demitizate, în orice caz desacralizate, singura autoritate acceptată fiind realitatea clinică.

Corelat cu acest fapt, actualmente sunt acreditate nu opiniile sau observațiile insului, ci ale grupului care, atunci când are un caracter internațional, aduce dimensiunea transculturală necesară.

Cu circumspecția impusă de constatările mai susmenționate, în această clasificare am luat drept criteriu **gradul de validare** (de acreditare științifică) **internațional** al tulburărilor specifice de personalitate. Evident, această validare a fost conferită de cele două mari sisteme taxinomice internaționale, **ICD-X** (1992) și **DSM-IV** (1994). Din acest punct de vedere distingem:

- Tulburări de personalitate **general-validate**;
- Tulburări de personalitate **parțial-validate**;
- Tulburări de personalitate **în curs de validare**;
- Tulburări de personalitate **controversate**;
- Tulburări de personalitate **nevalidate**.

#### 6.3.1. Tulburări de personalitate general-validate

În acest grup înscriem acele tulburări de personalitate recunoscute de ambele sisteme taxinomice: european și american. În număr de opt, ele sunt următoarele:

- tulburarea **paranoidă** a personalității
- tulburarea **schizoidă** a personalității
- tulburarea **dissocială** a personalității
- tulburarea **borderline** a personalității
- tulburarea **histrionică** a personalității
- tulburarea **anxioasă (evitantă)** a personalității
- tulburarea **dependentă** a personalității
- tulburarea **anancastă (obsesiv-compulsivă)** a personalității.

#### 6.3.2. Tulburări de personalitate parțial-validate

Aici includem tulburările de personalitate recunoscute numai de un sistem taxinomic internațional, și anume:

- **tulburarea schizotipală a personalității**, care este acceptată numai de către taxinomia americană (**DSM-IV**, 1994), în timp ce taxinomia europeană (**ICD-X**, 1992), apreciază că este o psihoză propriu

zisă din spectrul schizofreniei;

- **tulburarea narcisică a personalității**, este recunoscută și prezentată ca entitate clinică de către **DSM-IV** (1994), în timp ce psihiatrii europeni tind să o elimine, mulțumindu-se să o menționeze în paragraful "Alte tulburări de personalitate specificate"; europenii i-au retras statutul nosografic, întrucât conținutul său a fost preluat atât de tulburarea **dissocială**, cât și de tulburarea **histrionică** de personalitate;

- **tulburarea emoțional-instabilă a personalității**, este menținută de **Clasificarea Internațională a Maladiilor**, adică de taxinomia europeană elaborată de experții **OMS, Geneva** (1992), dar exclusă din taxinomia americană ilustrată prin **DSM-IV** (1994).

#### 6.3.3. Tulburări de personalitate în curs de validare

În această categorie înscriem două tipuri de tulburare a personalității care, deși până în ultimii ani au fost excluse din taxinomiile internaționale, actualmente sunt supuse unui proces de reevaluare. Este vorba de:

- **tulburarea depresivă a personalității și de**
- **tulburarea pasiv-agresivă a personalității.**

Ambele au fost eliminate din ultima taxinomie nosografică europeană (**ICD-X**, 1992) ca și din penultima nosografie americană (**DSM-III-R**, 1987), dar, readuse relativ recent în discuție de către **DSM-IV** (1994) și incluse în paragraful "Categorii diagnostice care necesită studii suplimentare".

Considerăm că încercarea de reevaluare a acestor două categorii nosografice, anterior infirmate, trebuie corelată cu o nouă entitate clinică recent validată, **distimia**, cele trei afecțiuni disputându-și o amplă arie clinică a spectrului dispozițional.

#### 6.3.4. Tulburări de personalitate controversate

Le-am denumit **controversate** întrucât, deși descrise și citate în **Clasificarea Internațională a Maladiilor**, ele nu sunt considerate (în pofida denumirii), tulburări de personalitate propriu-zise. În această grupare se înscriu:

- **schimbarea persistentă a personalității după o trăire catastrofică și**
- **schimbarea persistentă a personalității după o boală psihică.**

După cum am menționat, statutul nosografic al acestor condiții este controversat, în cea mai mare parte a Europei fiind acceptat, în timp ce în Anglia și Statele Unite este contestat. Aceste entități clinice



nu figurează în tratatele și taxinomiile psihiatrice engleze și americane dar, au fost preluate și reevaluate de experții OMS și inserate în ultima ediție a **Clasificării Internaționale a Maladiilor** la a cărei elaborare au participat aproape 1000 de psihiatri din 52 de țări.

Cauzele posibile ale acestei deosebiri au fost prezentate la capitolul respectiv, menționând aici numai diferențele:

- în experiența de viață, istorie și tradiție, precum și
- în modul de abordare clinică și de construcție nosografică între Anglia și Statele Unite pe de o parte, și țările europene și alte zone geografice pe de altă parte.

### 6.3.5. Tulburări de personalitate nevalide

În această categorie se înscriu două forme de tulburare a personalității care au figurat în unele taxinomii psihiatrice, în special americane, până în deceniul trecut, actualmente nefiind menționate în nici o taxinomie internațională. Este vorba de:

- **tulburarea defetistă a personalității și**
- **tulburarea sadică a personalității.**

Ele sunt invalidate întrucât, conținutul lor tematic a fost preluat de alte forme de tulburare a personalității, respectiv de tulburarea **dependentă** și de tulburarea **pasiv-agresivă**.



Fiecare să se admire pe sine

## 7. DEBUTUL TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Ceea ce la vârsta adultă denumim actualmente "**tulburare de personalitate**" la vârsta copilăriei este denumit "**tulburare de comportament**". Această sinonimie, reliabilă și larg acceptată, este întrucâtva interferată (fără a fi totuși invalidată) de anumite aprecieri referitoare la debutul tulburării de personalitate. Acest fapt impune anumite clarificări și anume:

- întrucât personalitatea, ca aspect psihic de sinteză și definitoriu al psihismului insului, nu este bine conturată și nu poate fi cristalizată decât după adolescență, nu putem vorbi de tulburare de personalitate decât după această dată;

- o anumită schițare în procesul de structurare a personalității poate fi observată și înainte de adolescență, dar este neștiințific și riscant a se vorbi de tulburare de personalitate înainte de această perioadă;

- chiar și aserțiunea (încărcată de ambiguitate) conform căreia "tulburările de personalitate tind să apară spre sfârșitul copilăriei sau în adolescență" (ICD-X, 1992 p.201) nu este corectă și nici științifică, întrucât efervescența acestei perioade cronologice (denumită deseori "criză a adolescenței") poate ocaziona manifestări psihice, care pot fi în mod eronat interpretate ca trăsături psihopatologice.

Pe baza acestor considerente reținem faptul conform căruia "este improbabil ca diagnosticul de tulburare de personalitate să fie potrivit înainte de 16-17 ani" (Ibidem). Pe de altă parte, deși nu putem vorbi de un moment predilect sau de o dată a debutului acestor condiții, reținem precizarea ca acestea apar "devreme în viața adultă".

## 8. TRĂSĂTURI PSIHLOGICE ȘI PSIHOPATOLOGICE

În mod surprinzător, unii clinicieni consideră că tulburările personalității sunt ilustrate clinic prin "patru caracteristici pe care le au toate persoanele cu tulburări ale personalității" (J.C. Perry, G.E. Vaillant, 1989, p.1352). Evident, trăsăturile clinice generale ale tulburărilor de personalitate nu pot fi reduse la patru și, cu atât mai puțin, acestea patru nu pot fi regăsite "la toți cei care prezintă tulburări de personalitate" (Ibidem).

Întrucât aceste trăsături se întâlnesc într-un procent semnificativ de cazuri, le prezentăm în ordinea dată de autorii menționați:

- "un răspuns inflexibil și maladaptativ la stres,
- o incapacitate de a munci și de a iubi care este mai serioasă și mai penetrantă decât cea întâlnită în nevroză,
- obținerea unor răspunsuri problematice prin conflict interpersonal,
- o capacitate particulară de a se apropia de alții și de a-i perturba în activitatea lor" (Ibidem).

Considerăm că nu acestea sunt trăsăturile cele mai "caracteristice" sau mai importante ale tulburărilor de personalitate.

Cu un grad superior de reliabilitate apar caracteristicile clinice prezentate de ICD-X și anume:

- comportament și atitudini marcat dizarmonice, care
- implică mai multe arii ale funcționării psihice: dispoziția, motivația, controlul impulsurilor, precum și modul de a percepe, de a gândi și de a relaționa.

Totodată, patternul comportamental anormal se distinge prin faptul că:

- datează de mai mulți ani,
- este persistent,
- nu urmează evoluția unor episoade de boală psihică,
- este pervaziv și evident dezadaptativ față de o gamă largă de situații personale și sociale.

Menționăm totodată faptul că, în accepția experților OMS, manifestările tulburărilor de personalitate nu sunt "egosintonice" (așa cum

se consemnează în mod frecvent) ci "determină suferință personală considerabilă, dar aceasta poate deveni evidentă mai târziu, pe parcursul evoluției" (ICD-X, 1992, p. 202). Cu toate acestea, persoanele respective nu au capacitatea de a învăța din greșelile lor, iar suferința întâmpinată este mai degrabă acceptată decât evitată.

De cele mai multe ori, tulburările de personalitate determină un grad variabil de invalidare profesională sau socială.

### Trăsături diferențiale de vârstă

Studiile efectuate asupra prevalenței tulburărilor de personalitate în raport cu vârsta, evidențiază faptul că acestea urmează o curbă ascendentă, pornind de la adolescență până la jumătatea deceniului cinci, după care se înregistrează o reducere a prevalenței, pe măsură ce se înaintează în vârstă. Astfel, pentru tulburarea **dissocială** a personalității cea mai ridicată **prevalență pe viață** se întâlnește în perioada 25-44 ani.

Există observații recente care încearcă acreditarea existenței tulburării de personalitate la copii și adolescenți. Autorii respectivi, îndeobște americani, nu fac însă distincția între **tulburarea de personalitate și tulburarea de comportament**, care este, desigur, specifică acestor vârste. Totuși clinicienii respectivi manifestă scrupulul necesar, menționând că diagnosticul de **tulburare a personalității** "poate fi aplicat la copii și adolescenți în situațiile în care trăsăturile de personalitate maladaptative par a fi pervazive, persistente și nelimitate la un stadiu particular de dezvoltare" (DSM-IV, 1994, p.631).

În plus, se precizează faptul că pentru a pune diagnosticul de tulburare de personalitate înaintea vârstei de 18 ani, se impune ca trăsăturile dizamornice să fi avut o evoluție de cel puțin un an.

### Trăsături diferențial-culturale

După cum este bine cunoscut, atunci "când se judecă funcționarea personalității unui ins, trebuie să se ia în considerație fundalul etic, cultural și social al acestuia" (DSM-IV, 1994, p.631).

Nivelul sociocultural al grupului populațional influențează semnificativ apariția și evoluția tulburărilor de personalitate. Se cunoaște astfel că în **grupurile cu o mai mare dezintegrare**, ca și la acelea care sub aspect **socioeconomic sau sociocultural sunt inferioare**, **rata tulburărilor de personalitate este de aproximativ trei ori mai mare** comparativ cu zona culturală în ansamblu. Totodată s-a constatat că o **creștere a suportului social și a resurselor de creștere a autostimei**,

a antrenat o reducere a prevalenței tulburărilor de personalitate, ceea ce demonstrează dinamica acestor condiții.

Menționăm totodată faptul că diferențele sociale și culturale dintre pacient și examinator influențează în mod covârșitor diagnosticarea și încadrarea nosografică a tulburărilor de personalitate; cu cât aceste diferențe sunt mai mari, cu atât tulburările de personalitate sunt supraevaluate și supradiagnosticate.

În plus, examinatorul nu trebuie să considere ca tulburări de personalitate:

- modificările survenite în urma șocului cultural al imigrării,
- anumite practici religioase sau politice, obișnuite în cultura de origine.

#### Trăsături diferențiale de sex

Nu au fost întreprinse studii ordonate asupra diferențelor dintre trăsăturile clinice în funcție de sex, în cadrul diverselor tipuri de tulburare a personalității. Ceea ce se cunoaște, în urma unor observații recente, este prevalența anumitor tulburări de personalitate la bărbați sau la femei. Astfel, s-a constatat că "tulburările de personalitate **borderline**, **histrionică** și **dependentă** sunt mai frecvente la femei decât la bărbați" (DSM-IV, 1994, p.631)

Conform observației spontane, dar și prin studii deliberate, s-a constatat o prevalență superioară a tulburării **dissociale** a personalității la bărbați. Alți clinicieni consideră că în afara tulburării disociale, și tulburările **paranoidă** și **narcisică** de personalitate, sunt mai frecvente la bărbați" (J.G. Gunderson, Katharine. A. Phillips, 1995, p. 1431).

Desigur, în evidențierea acestor aspecte diferențiale de sex, nu pot fi neglijate anumite aspecte de **rol** sau de **statut social** deținute de bărbat sau femeie într-un anumit grup sociocultural.

## 9. CRITERII DE DIAGNOSTIC ÎN TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

Este axiomatic faptul că în medicină, diagnosticul constituie:

- cheia de boltă a raționamentului clinic și
- condiția **sine qua non** a unui tratament oportun și corect.

Chiar și în medicina clinică a acestui final de secol, în condițiile în care mijloacele paraclinice de explorare și de diagnosticare au atins performanțe excepționale, care par a pune în umbră mijloacele clinice tradiționale, acestea își păstrează pe deplin actualitatea.

În opinia noastră, cei care suprainvestesc "mașinile de diagnostic", "diagnosticul automat", etc., niciodată nu s-au aplecat, în mod responsabil, îndelungat și aprofundat, asupra diagnosticului clinic. Ei renunță, în mod deliberat și totodată surprinzător, la raționamentul și intuiția lor, la experiența clinică precum și la orgoliul lor, în favoarea probelor sau a datelor de laborator.

Pe de altă parte, numeroase probe și date (electrofiziologice, dar și biochimice) care, imediat după apariția lor au fost înalt acreditate și suprainvestite, și-au pierdut treptat fiabilitatea și, în bună măsură, utilitatea. Astfel, dacă înaintea introducerii în practica medicală a electroencefalografiei se intuia că s-ar putea evidenția aspecte ale cogniției și chiar ale ideității omului normal, ulterior s-a constatat limitarea utilității ei la clinică. În acest context, se considera că entitățile nosografice psihiatrice pot fi diagnosticate prin mijloace electroencefalografice. Alții, "distingeau" și publicau "studii științifice" asupra aspectelor "patognomonice" ale traseelor bioelectrice, chiar în unele forme "clinice" de boli psihice, ca și în unele boli somatice. Extrapolând gândirea medicală pozitivistă, ei își declarau astfel (și în plan științific) ideologia și convingerea materialistă. Penibilul acestor demersuri și concluzii ale medicinei anilor '50 și '60 din țara noastră, n-a mai fost trăită decât în Franța, în primele două decenii ale acestui veac, după jenanta "metaloterapie" a lui J.M. Charcot.

Tocmai de aceea în psihiatrie, ca de altfel în întreaga medicină clinică, trebuie reevaluat și revalorizat rolul analizei istorice, anamnestică, ca și acela al examenului clinic.

În diagnosticul tulburărilor de personalitate, analiza psihică longitudinală, anamnestică, trebuie desfășurată în mai multe planuri:

- al istoriei tulburării,
- al istoriei insului (al vieții persoanei în cauză)
- al datelor obținute de informanți avizați: membri ai familiei, ai grupului profesional, educatori etc).

În plus, pentru ca diagnosticul să poată fi validat, se recomandă ca examenul clinic să fie repetat, chiar de mai multe ori, la anumite intervale.

Datele astfel obținute, pentru a putea fi folosite ca argumente pentru tulburarea de personalitate, trebuie să prezinte următoarele atribute:

- un pattern de trăire și comportare al pacientului, care diferă:
  - de acela al grupului său socio-profesional,
  - de expectațiile celor din grup despre el;
- o dispoziție particulară, care se remarcă prin unul sau mai multe aspecte referitoare la: amploarea, intensitatea, labilitatea, adecvarea sau durata manifestărilor sale;
- un sistem ideativ-cognitiv care se distinge prin modul particular de a percepe și interpreta oamenii, evenimentele și propria persoană;
- un slab control volițional;
- o dificultate particulară de integrare, armonizare și funcționare socio-profesională;
- trăsăturile de personalitate mai susmenționate sunt anunțate (pot fi deseori observate) din copilărie, se cristalizează la adolescență, devin manifeste la vârsta adultă tânără și însoțesc persoana în cauză de-a lungul întregii sale existențe;
- stabilitatea (în timp), respectiv durata îndelungată, constituie, de asemenea, o caracteristică a tulburărilor de personalitate, fapt care le-a atras apelativul de "**dezvoltări**", în antiteză cu psihozele considerate ca "**proces**", sau cu nevrozele apreciate ca "**reacții**";
- validarea crossculturală consensuală este un atribut diagnostic asupra căruia se insistă (în mod necesar) în ultimii ani, prin introducerea ca **elemente diagnostice adiționale** a așa numitelor **trăsături diferențial-culturale**;
- diagnosticul nu trebuie minimalizat sau invalidat de faptul că unele din atributele mai sus menționate sunt subevaluate sau estompa-te de către cel în cauză, care le percepe și le trăiește ca egosintonice;
- datorită asimilării egosintonice a trăsăturilor dizarmonice, fap-

tului că cei cu tulburare a personalității nu sunt pe deplin conștienți de dificultățile sau chiar de prejudiciile aduse celorlalți, diagnosticul nu trebuie pus în mod "singular", ascultându-l numai pe cel în cauză, rela-tarea sa fiind în mod necesar completată cu datele informanților cheie din grupul socio-familial al pacientului.

## 9.1 VALIDITATE ȘI STABILITATE ÎN DIAGNOSTICUL TULBURĂRII DE PERSONALITATE

O problemă nouă, cu care este confruntată patologia psihiatrică, este stabilitatea diagnosticului. Fără îndoială că această chestiune, a stabilității și corelației, a validității diagnosticului, nu poate ocoli pato-logia generală dar, în acest context, ne limităm la analiza tulburărilor de personalitate. Aceasta cu atât mai mult cu cât, spre deosebire de alte condiții psihiatrice, care sunt "reacții" sau "proces", **tulburările de personalitate sunt "dezvoltări"**, acest denominativ consacându-le atributul duratei. Într-adevăr, aici fiind vorba de structurări particulare (dizarmonice) ale personalității, ideea persistenței lor de-a lungul vieții se impune cu necesitate. Acesta este un fapt logic dar, nu întotdeauna ceea ce este logic este și veridic. Altfel spus, faptul logic, precum și argumentul logic, servește reliabilitatea dar nu și validitatea.

În virtutea aserțiunilor mai susmenționate, diagnosticul de tulbu-rare de personalitate ar trebui să se bucure de cea mai mare stabilitate (aceasta exprimând gradul în care un diagnostic este menținut în timp, fără a fi modificat). Pentru a răspunde acestei probleme sunt necesare, desigur, studii de urmărire asupra evoluției tulburărilor de personalita-te care, până acum, nu au fost efectuate. Observații din studii tangențiale pot oferi, însă, anumite indicii. Astfel, într-o cercetare longitudinală efectuată asupra a 200 bărbați tineri (care nu au primit tratamente psihia-trice) pe o perioadă de peste un deceniu, cei diagnosticați ca având tulburări de personalitate prezentau următoarea situație:

- mai mult de jumătate din ei aveau o "instabilitate profesională",
- două treimi din ei aveau "probleme cu alcoolul",
- 75 % dintre ei "au intrat în conflict cu legea";
- aproape jumătate dintre cei căsătoriți prezentau o "slabă adapta-re maritală"; probabil mai important este faptul conform căruia
- numai 12% dintre cei diagnosticați ca având "tulburare de per-

sonalitate", după perioada de urmărire, nu mai prezentau manifestări psihopatologice.

Într-un alt studiu, s-a constatat că diagnosticul de tulburare a personalității a prezentat un grad de stabilitate redus la jumătate, față de stabilitatea altor diagnostice psihiatrice; astfel, diagnosticele de: alcoolomanie, schizofrenie, depresie și demență au rămas aceleași în proporție de 70 % din cazuri, în timp ce diagnosticul de tulburare a personalității s-a menținut numai în proporție de 35% din cazurile studiate.

Este posibil ca această redusă stabilitate a diagnosticului de tulburare de personalitate să fie determinată de:

- inexistența (până în acest deceniu) a metodelor de conceptualizare a diagnosticelor tulburărilor de personalitate;
- slaba delimitare clinică și nosografică a tulburărilor (denumite acum) "specifice" de personalitate, respectiv a tipurilor de tulburare a personalității, ceea ce a determinat:
  - o slabă concordanță inter-evaluatori a diagnosticelor,
  - caracterul egosintonic al (trăirii și aprecierii) manifestărilor psihopatologice, de către pacienții cu tulburare de personalitate,
  - contratransferul negativ cu care sunt primiți de către terapeuți, cei cu tulburare de personalitate care sunt "mai mult disprețuiți decât studiați" (J.C. Perry, G.E. Vaillant, 1989, p.1353).
  - aplicarea aleatorie în diagnosticarea tulburării de personalitate, atât a modelului monotetic cât și a modelului politetic de diagnostic.

## 9.2 UN PAS IMPORTANT SPRE VALIDARE: MODELUL (MONOTETIC SAU POLITETIC) DE DIAGNOSTICARE

O problemă importantă a cercetării științifice psihiatrice o constituie selecția pacienților și gradul de omogenitate a lotului supus studiului. Acuratețea selecției și omogenitatea lotului este asigurată prin criteriile de diagnostic, la rândul lor bazate pe modelul de diagnosticare ce poate fi **monotetic** sau **politetic**;

- **modelul monotetic** are în vedere cuprinderea (inclusiunea) tuturor criteriilor preconizate în vederea obținerii diagnosticului de tulburare de personalitate; cu alte cuvinte, cel care primește un diagnostic trebuie să prezinte toate trăsăturile incluse în tabloul clinic al tulburării respective;

- **modelul politetic**, mai relaxat, are în vedere cuprinderea (inclusiunea) unui anumit număr de criterii preconizate pentru formularea diagnosticului; cu alte cuvinte, pacientul poate să prezinte numai anumite trăsături, desigur esențiale, pentru a putea primi diagnosticul respectiv.

Aparent, **modelul monotetic** este de o exigență psihastenică în sensul că fiecare pacient cu un diagnostic trebuie să prezinte toate caracteristicile clinice ale tulburării respective. Pe de altă parte, numeroși pacienți, care, în fapt, prezintă un diagnostic, nu-l primesc întrucât nu au prezentat anumite trăsături sau simptome, poate neesențiale pentru diagnosticul respectiv. Altfel spus, modelul monotetic are în vedere pacientul ideal pentru diagnostic, pacient cărui nu-i lipsește nici un element clinic impus teoretic. În același timp însă, simptomele și cu precădere trăsăturile clinice, prezintă aspecte diferențiale care, în mod concret, pot fi:

- trăsături diferențial-culturale,
- trăsături diferențiale de sex,
- trăsături diferențiale de vârstă,

ceea ce estompează elocvența manifestării clinice respective, extinzându-le, totodată spectrul. La aceasta ar putea fi adăugate:

- trăsăturile diferențial-individuale,

întrucât, la o analiză mai atentă, se constată că, în orice boală, fiecare pacient dezvoltă simptomul sau trăsătura în manieră personală, individuală, observație care argumentează dictonul hipocratic după care "nu există boli ci bolnavi". În felul acesta, scrupulul excesiv al criteriilor poate duce la siderarea rezultatelor.

La rândul său, **modelul politetic**, mai puțin exigent și în același timp mai realist, impune drept condiție necesară și suficientă diagnosticului, prezența unui anumit număr de criterii, respectiv de simptome sau trăsături. Astfel, **DSM-III-R** (1987), ca și **DSM-IV** (1994), utilizând modelul politetic, prezintă drept necesare pentru diagnosticul unei condiții clinice, numai un anumit număr de simptome din ansamblul celor posibile (susceptibile de a fi înscrise) în tabloul clinic respectiv. Aici, criteriile de diagnostic "sunt prezentate ca o scală", iar prin aceasta "procesul de diagnosticare este adus mai aproape de abordarea dimensională" (J.C. Perry, și G.E. Vaillant, 1989, p.1355).

Desigur, ar fi de dorit ca pe această scală simptomele să fie ordonate (sau mai bine spus, ierarhizate), în funcție de anumite criterii printre

care, considerăm ca esențiale, frecvența și semnificația simptomului pentru condiția clinică respectivă. În felul acesta, **procesul diagnostic** precum și **procesul instructiv** prezintă un caracter mult mai operativ. Sub acest unghi, primele simptome ale scalei ar fi într-adevăr caracteristicile tulburării în cauză, spre deosebire de ultimele, care se justifică (sunt argumentate) mai ales prin fiabilitate.

Dezirabil este ca fiecare condiție clinică (fiecare tulburare, respectiv fiecare boală), somatică sau psihică, să-și prezinte simptomatologia pe o scală care întru-chipează ierarhia (respectiv rangul) simptomelor sau trăsăturilor, în funcție de frecvența și semnificația lor. Prin introducerea și generalizarea acestei metode s'ar putea face un pas decisiv, de la prezentarea clinică în manieră descriptiv-anecdotică, la prezentarea științifică în care simptomele sunt ordonate după gradul lor de validitate.

### 9.3 CRITERII DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎN TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

Diagnosticul diferențial propriu-zis vizează fiecare tulburare (specifică) a personalității; aici, în cadrul prezentării de ansamblu a tulburărilor de personalitate, formulându-se numai criterii, eventual principii de diagnostic diferențial. Aceasta cu atât mai mult cu cât, așa cum s-a menționat, considerăm că fiecare tip de tulburare a personalității reprezintă o entitate clinică miniaturală și, sub aspectul epistemologiei clinice, o anumită paralelă, cu una din tulburările din aria nevrozelor și psihozelor. Acestea, raportate la tulburările de personalitate, pierd din amploarea (din severitatea) manifestărilor clinice în favoarea duratei lor. Fără îndoială că, datorită acestui fapt, manifestările clinice care:

- în nevroze și în psihoze apar ca **simptome**,
- în tulburările de personalitate apar ca **trăsături**.

În plus, această **corespondență** între nevroze și psihoze pe de o parte, și tulburările de personalitate pe de altă parte, o putem constata nu numai în plan clinic, ci și lexical, semantic și semiologic, după cum se constată în tabelul următor:

TULBURAREA PARANOIDĂ A PERS.	→	PARANOIA
TULBURAREA SCHIZOIDĂ A PERS.	→	SCHIZOFRENIE
TULBURAREA HISTRIONICĂ A PERS.	→	NEVROZĂ ISTERICĂ
TULBURAREA ANXIOASĂ A PERS.	→	NEVROZĂ ANXIOASĂ
TULBURAREA DEPENDENTĂ A PERS.	→	NEVROZĂ DEPRESIVĂ
TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ A PERS.	→	NEVROZĂ OBSESIV-COMPULSIVĂ

Sinonimii lexico-semantice între principalele tulburări ale personalității și principalele entități clinice psihiatrice.

Menționăm totodată că asemănările și corespondențele dintre tulburările de personalitate și entitățile clinice propriu-zise pot fi constatate nu numai în planul

- fenomenologiei clinice, și al
- sinonimilor lexico-semantice, ci și în acela al
- corelatelor biologice și al
- datelor genetice.

În privința diagnosticului diferențial propriu-zis al tulburărilor de personalitate, acestea pot fi distinse de:

- trăsăturile normale ale personalității și de
- simulație.

#### **Tulburare de personalitate / trăsături normale de personalitate**

Acest diagnostic diferențial, omis de cele mai multe ori, ține seama de faptul că, spre deosebire de trăsăturile de personalitate incluse în spectrul de normalitate, cele din cadrul tulburării de personalitate:

- vizează cu precădere sistemul relațional al insului,
- sunt, în mod evident, particulare sau chiar dizarmonice,
- sunt pervazive și dezadaptative,
- determină invalidarea funcțională, care la rândul ei poate fi predominant profesională, familială sau socială.
- sunt trăite (cu precădere în primii ani ai evoluției), ca egosintonice, după cum pot antrena "suferință personală considerabilă", desigur, odată cu avansarea în vârstă.

### **Tulburare de personalitate / simulație.**

Spre deosebire de tulburarea de personalitate, simulația prezintă relativ elocvent sau bine disimulat:

- interesul pentru pensionare,
- interesul pentru asigurarea asistenței sociale,
- obținerea unei compensații pentru accident,
- refugiu pentru o urmărire penală,
- dorința (inconștientă) pentru un beneficiu secundar etc.

În orice tip de tulburare a personalității, comportamentul caracteristic al acesteia este, în mod practic permanent, în timp ce al simulantului este menținut pe perioade relativ restrânse. De fapt, în simularea oricărei condiții medicale (somatice sau psihice), **menținerea** semnelor sau simptomelor artificiale este piatra de încercare a comportamentului simulant.

Evident, atunci când în timpul examenului psihiatric există indicii sau simple impresii asupra simulației, clinicianul trebuie să fie sensibil și la această eventualitate, pe care el o poate confirma sau infirma ușor. Aceasta întrucât, conform unei observații îndelungate,

- dintre toate bolile, cele psihice sunt cel mai greu simulate;
- un clinician cu o inteligență normală și cu o pregătire profesională medie nu poate fi indus (deși se poate lăsa indus) de un comportament simulator.

Desigur, simulația nu se mai poate realiza astăzi, în condițiile progreselor medicale actuale, dar la sfârșitul veacului trecut **J.-M. Charcot** afirma o opinie contrară: "sunt obligat s-o spun și s-o repet că, după părerea mea, ideea de simulare se bazează, mult prea frecvent, numai pe ignoranța medicului" (Apud. **J. C. Perry, G.E. Vaillant**, 1989, p. 1360).

## **10. TULBURARE DE PERSONALITATE ȘI COMORBIDITATE**

Încercând o identificare cu **modelul medical al bolii**, respectiv cu modelul bolii somatice, psihiatrii clinicieni au introdus în ultimii ani un nou paragraf în descrierea diferitelor entități nosografice, acela al **comorbidității**.

Totodată, comorbiditatea, cel puțin în psihiatrie, prezentată astăzi cu o notă de orgoliu omniscient, este mai mult invocată și (în opinia noastră) foarte slab argumentată.

În plus, așa numita **comorbiditate** a atras după sine anumite reorientări nosografice și a impus noi sintagme psihiatrice. Astfel, "**dubla depresie**" presupune situația conform căreia, existența unei **distimii** (ca tulburare de fundal) poate prezenta, sau chiar favoriza, apariția la un moment dat a unui **episod depresiv major**.

Preluând această idee, **DSM-IV** (1994) ne explică și modul în care putem codifica (pe axe) cele două condiții clinice.

În aria tulburărilor de personalitate, situațiile de comorbiditate par a fi mai bine reprezentate decât în cazul altor zone nosografice. Astfel, pot fi citate ca situații de comorbiditate corelația între:

- o tulburare de personalitate și o psihoză, ca de exemplu:
  - tulburarea schizoidă a personalității și schizofrenie,
  - tulburarea paranoică a personalității și paranoia,
  - tulburarea dependentă a personalității și depresie etc.
- două tulburări specifice de personalitate,
- o tulburare de personalitate și dependență de drog,
- o tulburare de personalitate și alcoolomanie.

Astfel de situații vor fi menținute ( în paragraful intitulat **complicații**), cu ocazia prezentării tulburărilor specifice de personalitate.

Fără a omite rezervele personale față de încercarea de validare a problemelor comorbidității, menționăm că acestea se confundă în mare măsură cu acelea ale complicațiilor entității nosografice în discuție. Aceasta cu atât mai mult cu cât, **stricto sensu**,

- noțiunea de **comorbiditate** presupune:
  - apariția relativ concomitentă a celor două tulburări;

- evoluția lor concomitentă o perioadă semnificativă de timp;
  - etiologia relativ diferită a celor două afecțiuni;
- noțiunea de **complicație** presupune:
- apariția ulterioară a celei de-a doua tulburări;
  - agravarea condiției primare prin apariția celei secundare;
  - relația de determinare a condiției secundare.

În virtutea acestui demers, constatăm că cele mai multe cazuri prezentate ca fiind de **comorbiditate** sunt, de fapt, **complicații** ale uneia sau aceleiași tulburări. Tocmai de aceea, în cele ce urmează, vom prezenta numai situațiile de comorbiditate propriu-zisă.

#### **Tulburarea de personalitate în comorbiditate cu alcoolomania.**

Dependența de alcool este regăsită deseori în comorbiditate cu tulburarea de personalitate. Relația pare logică și expectabilă, știut fiind faptul că, chiar în cadrul supozițiilor etiologice asupra alcoolomaniei figurează așa numiții "factori de personalitate".

În pofida acestui fapt, trebuie precizat că există numeroși alcoolomani care, premorbid, nu prezentau trăsături dizarmornice ale personalității. De aceea, se consideră că pentru a vorbi de o comorbiditate care să întrunească exigentele criterii de validitate, este necesar ca trăsăturile dizarmornice de personalitate să fie anterior remarcate (să fie antecedate) apariției alcoolomaniei.

#### **Tulburarea de personalitate în comorbiditate cu toxicomania.**

Într-adevăr, aici, noțiunea de comorbiditate își află cel mai înalt grad de validitate. Fără îndoială că numai un ins cu structură psihică dizarmonică se află într-un grad semnificativ de insatisfacție și de căutare cronică. Lipsiți de o bună **cenestezie**, ca și de o reală **eutimie**, mulți dintre cei cu tulburare de personalitate se află într-o marcată instabilitate a dispoziției, generatoare de disforie și continuă căutare. Odată cunoscut, drogul le oferă senzația de bine, de securizare și de echilibru psihic. Dacă, așa cum consideră terapeuții avizați, nici-un om normal, indiferent de forța sa volițională, nu se poate sustrage acțiunii drogului, cu atât mai puțin cel cu structură psihică dizarmonică nu se poate elibera de drog, perpetuând astfel comorbiditatea.

## 11. EVOLUȚIA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Studiile actuale, ca și cele două taxinomii psihiatrice internaționale (**ICD-X-1992** și **DSM-IV-1994**), menționează faptul că tulburările de personalitate apar la "adultul tânăr". Această precizare poartă în subsidiar un scrupul clinic și științific, precum și o semnificativă prudență în diagnosticarea acestor tulburări înainte de vârsta amintită. Astfel, dacă tulburările de personalitate nu sunt diagnosticate, nu înseamnă că ele nu pot fi constatate și înaintea vârstei menționate. La vârsta infantojuvenilă însă "tulburările de personalitate" sunt denumite "tulburări de comportament", sintagmă nosografică fără severitate diagnostică.

Nu este mai puțin adevărat că nu toate tulburările de comportament (ale copilăriei) devin, **ipso facto**, la vârsta adultă, tulburări de personalitate. Unele tulburări de comportament, după adolescență, odată cu statuarea și cristalizarea personalității, se estompează, se echilibrează, se armonizează. Procesul acestor cazuri nu este cunoscut dar, deși nu există date științifice validate asupra acestei probleme, conform observației spontane astfel de cazuri sunt relativ rare. În consecință, putem considera că **tulburările de personalitate sunt anunțate (ele fiind deja schițate) din copilărie, se cristalizează la adolescență (odată cu structurarea personalității insului), însoțindu-l de-a lungul întregii sale existențe.**

Menționăm, totodată, faptul că după vârsta adultă, mulți dintre cei cu tulburare de personalitate sunt, întrucâtva, modelați de **influența patoplastică a vârstei**. Altfel spus, aceștia cunosc un proces de **intranosomorfază**, ilustrat printr-o anumită modificare a conținutului manifestărilor și trăsăturilor de personalitate. Acest proces poate fi constatată cu precădere în tulburarea **dissocială** și **borderline** a personalității, în care conduita își reduce amploarea, acuitatea, elocvența, dizarmonia și insolenta, apropiindu-se treptat de patternul comportamental al grupului său social.

Observații relativ recente au evidențiat faptul că tulburarea **borderline** "este rareori diagnosticată după 40 de ani" (**J.C.Perry, G.E.Vaillant, 1989, p.1379**).



Una din supozițiile care pot fi avansate în explicarea acestui fapt este aceea a **influenței patoplastice a vârstei** asupra manifestărilor clinice și asupra tulburării respective în ansamblu. Din această perspectivă este de reținut faptul că odată cu avansarea în vârstă:

- tulburarea **borderline**, ca și **tulburarea antisocială** "se matu-  
rizează", se estompează, se aplatizează în timp ce

- tulburarea **narcisică, dependentă și pasiv-agresivă** se mențin  
sau se exacerbează.

Alte tulburări de personalitate (ca de exemplu, **tipul schizotipal**  
și **obsesional**, deși sunt dezadaptate, nu tulbură valurile vieții socia-  
le), sunt mai bine tolerate și social-acceptate, deși rămân nemodificate  
în evoluția lor individuală.

Armonizarea primilor (dissociați și marginali) și nemodificarea  
celorlalți (schizotipali și obsesionali) poate fi explicată prin faptul că  
acțiunea grupului social și a societății în general asupra corijării aspe-  
rităților personalității:

- în unele tipuri este slabă, limitată,

- în alte tipuri este eficientă și limitativă, mai ales atunci când  
prezintă o orientare educativă și coercitivă.



Cel pe care toți îl priviți ca pe Dumnezeu vostru

## 12. COMPLICAȚII ALE TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Alături de problema comorbidității, și aceea a complicațiilor se  
înscrie în încercarea de adaptare a clinicii psihiatrice la "modelul  
medical al bolii". Într-adevăr, acest paragraf (al "complicațiilor"), nu  
a figurat până acum în tablourile clinice ale bolilor psihice, deși era  
nelipsit din prezentarea bolilor somatice.

Desigur, fiecare tip de tulburare de personalitate prezintă com-  
plicații relativ-specifice care vor fi menționate în cadrul expunerii  
fiecărei tulburări de personalitate. În acest context menționăm numai  
complicațiile cele mai frecvent întâlnite.

**Depresia secundară** este o complicație relativ recent menționa-  
tă, dar frecvent întâlnită aici, ca și în alte condiții psihice și somatice.  
Neinspirat denumită "**secundară**", această depresie este în fapt **pa-  
raclinică**, deci **concomitentă** și nu în afara manifestărilor clinice ale  
condiției princeps. Fără a fi foarte severă, depresia "secundară" pre-  
zintă însă o importanță particulară prin înalta sa potențialitate suicidară.

**Dependența de "substanță"**, în special de sedative și de hip-  
notice, este, de asemenea, o complicație frecvent întâlnită. Într-ade-  
văr, riscul acestei dependențe este mare, întrucât adicția apare, cu  
precădere, la persoane cu structură psihică labilă, fragilă sau dizar-  
monică, aspecte care ilustrează, în cel mai înalt grad, tulburările de  
personalitate. Tocmai de aceea, se impune ca **abordarea psihofar-  
macologică a acestor condiții să fie limitată și, de dorit, lipsită de  
sedative și hipnotice**, pe care le putem înlocui (chiar cu mai mult  
succes) prin neuroleptice care vor fi administrate prin doze adecvate.

**Suicidul** se înscrie ca cea mai dramatică și mai temută complicație  
a tulburărilor de personalitate.

Conform observației spontane, suicidul cunoaște o prevalență  
semnificativă în cadrul acestor condiții, deși conotația actului suicidar  
este diferită de aceea întâlnită în alte entități nosografice. Astfel, spre  
deosebire de depresii, în care suicidul este expresia unei (autentice)  
pulsioni inconstiente, aici, **actul suicidar este, de cele mai multe ori,  
deliberat**, întrucâtva regizat și **deseori veleitar, șarjat**. Deși deseori

În tulburările de personalitate actul suicidar este predominant formal, rata suicidului este, totuși, înaltă. Aceasta întrucât, cei cu tulburări de personalitate prezintă numeroase tentative care, prin conținut și manifestare, apar ca demonstrative. Totuși, chiar în cadrul unor astfel de tentative, ei "cad" în suicid în pofida inautenticității intenției.

De fapt, dintr-un anumit punct de vedere, fenomenologia suicidului din tulburările de personalitate s-ar putea înscrie în **conduitele de risc din aria parasuicidului**.

Altfel spus, actele suicidare din tulburările de personalitate nu sunt intrinseci, consubstanțiale, ci, în mare măsură, veleitar-demonstrative, cei în cauză trecând "în lumea umbrelor" în afara pulsionii și a autenticei intenții.

Faptul că suicidul în tulburările de personalitate este expresia veleitarismului și a erorii, ar putea fi argumentat prin aceea că, suicidul, considerat ca un mod de reacție masculină, aici, se întâlnește mai ales la femei, unde prezintă "o rată standard de 16,67 (comparativ cu 11,91 pentru bărbați)" Apud **J.C. Perry, G.E. Vaillant**, 1989, p.1359). Această **cotă înaltă a ratei suicidului la femeile cu tulburări de personalitate** în comparație cu bărbații (a căror prevalență a suicidului este de aproximativ patru ori mai mare decât la femei), aduce în discuție sintagma "suicidului prin eroare", a "suicidului inautentic", a **morții prin accident suicidar**.

Această "rată standard a mortalității prin suicid" (definită ca proporția deceselor observate comparativ cu cele expectate) "reprezintă 10,3 % din ansamblul cauzelor de deces din tulburările de personalitate" (**Ibidem**).

Pe de altă parte, studii longitudinale recente confirmă riscul înalt de mortalitate în aria tulburărilor de personalitate.

### 13. PROGNOTICUL TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Pe măsura aprofundării cunoașterii medicale, ca și pe măsura evoluției socioculturale, problema prognosticului, ca și interogația asupra acestuia, capătă o tot mai puternică acuitate. Într-adevăr, mai ales grupul familial, dar și membrii grupului profesional, vor să afle care va fi prognosticul pacientului aflat sub observație medicală și tratament.

În privința tulburărilor de personalitate, clinicienii din domeniu, tributari unor concepții mai vechi, consideră că o astfel de condiție este, practic, permanentă.

În ultimul deceniu însă, studii longitudinale au adus observații mai optimiste, în sensul că se înregistrează un anumit grad de ameliorare a manifestărilor clinice, pe măsură ce persoana respectivă avansează în vârstă.

De fapt, această observație asupra evoluției tulburărilor de personalitate susceptibile de a înregistra o ameliorare în timp,

- este comună entităților nosografice psihiatrice,
- cunoaște un grad semnificativ de reliabilitate și, întrucâtva, de validitate.

Ameliorarea evoluției și prognosticului diverselor condiții psihiatrice poate fi argumentată prin date etiologic-nosografice și anume:

- îmbogățirea mijloacelor de explorare paraclinică, în special a celor biochimice, electrofiziologice și în aceeași măsură, psihologice, fapt care a determinat:

- o mai bună cunoaștere a bolii psihice,
- o creștere a mijloacelor terapeutice și implicit a eficienței lor,
- îmbunătățirea sistemelor de asistență medicală,
- ameliorarea capacității de diagnosticare, de încadrare nosografică și evaluare taxinomică.

Prin aceste mijloace s-au elaborat indicii (care în ultimii ani au fost convertite în criterii) pentru predicții prognostice în toate entitățile nosografice.

În privința tulburărilor de personalitate, se poate considera (în linii de maximă generalitate) o ameliorare a evoluției și, implicit, a

prognosticului. Astfel, cristalizate și diagnosticate după efervescența adolescenței, **tulburările de personalitate se manifestă cu maximă acuitate în decada a treia și a patra a existenței, pentru a se reduce treptat odată cu avansarea în vârstă.** Desigur, această ameliorare este diferită, de la un tip de tulburare la altul constatându-se un ritm propriu, o **heterocronie în ameliorare**, iar uneori o evoluție constantă sau chiar o agravare.

Tot din perspectivă prognostică se constată o mai bună ameliorare a fenomenologiei (manifeste), a implicațiilor și a perturbării și o mai slabă schimbare sau menținere a defectului de relaționare.



I se zice încornoratul

#### 14. INVESTIGAREA ȘI EVALUAREA CLINICĂ A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Spre deosebire de deceniile trecute, mijloacele de investigare au înregistrat, în acest domeniu, o înaltă standardizare; au fost introduse noi metode paraclinice, în centrul cărora sunt situate **scale și chestionare** cu un grad tot mai înalt de standardizare. Prin aceasta, investigația paraclinică, în mod covârșitor psihologică, a sporit în mod esențial validitatea științifică,

- atât a instrumentelor utilizate, cât și
- a condițiilor clinice cercetate.

În felul acesta, aici, în domeniul tulburărilor de personalitate, prin utilizarea unor mijloace de investigație tot mai acreditate și mai științific validate, s-a obținut o supradiagnosticare a condițiilor cercetate. Altfel spus, s-a înregistrat o creștere dramatică a prevalenței tulburărilor de personalitate, probabil neconformă cu prevalența acestor tulburări în realitate. Este un exemplu ilustrativ prin care se constată:

- influențarea epidemiologiei clinice de natura mijloacelor de investigare,

- un proces de supradiagnosticare (și implicit de supraestimare) concordant cu:

- mai buna cunoaștere clinică a condiției investigate,
- perfecționarea mijloacelor de investigație psihologică.

În virtutea acestui demers, prezentăm prevalența tulburărilor de personalitate conform datelor adunate și publicate de Asociația Americană de specialitate în **DSM-IV** (1994).

Evident, această creștere surprinzătoare a prevalenței tulburărilor de personalitate poate fi:

- **reală**, determinată de faptul că până acum, numeroase tulburări de personalitate rămâneau în afara cunoașterii clinice, nediagnosticate și, desigur, neînregistrate;

- **aparentă**, determinată de rigurozitatea mijloacelor standardizate de investigație psihologică, în comparație cu diagnosticarea tradițională, prin simpla impresie clinică.

În linii de maximă generalitate, mijloacele de evaluare și, implicit, de diagnosticare, a tulburărilor de personalitate constau în:

- interviuri clinice și
- instrumente de evaluare.

**Interviurile clinice**. Deși trăim în epoca scalelor și chestionarelor, cu grade variabile de structurare și standardizare, se consideră că tradiționalele interviuri clinice "constituie principala cale de abordare a tulburărilor de personalitate" (J.G.Gunderson, Katharine, A.Phillips 1995, p.1431).

În vederea aplicării și interpretării adecvate a acestor interviuri clinice, clinicianul trebuie să fie familiarizat cu principiile psihodinamice ale interviurii, în sensul că el trebuie abilitat în:

- identificarea mecanismelor uzuale de adaptare,
- sesizarea disponibilităților pacientului de relaționare.

Așa cum am menționat și în alt context, clinicianul poate recurge la:

- **interviuri repetate**,
- **alte surse de informație** cu un grad superior de obiectivitate, printre care: cercetarea fișelor medicale, ca și obținerea unor date de la informanți avizați.

În pofida calităților larg acceptate, interviurile clinice sunt siderate, în gradul lor de validitate, de faptul că:

- prin caracterul (și modul de trăire) **egosintonic** al trăsăturilor, pacienții nu sunt pe deplin conștienți de caracterul dizarmonic al acestor trăsături;

- nu toate manifestările pacienților pot fi sistematic și exhaustiv evaluate, fapt pentru care, în ultima vreme, se recurge la interviuri clinice semistructurate.

**Instrumentele de evaluare. Scalele de autoevaluare** (de tip **P.F.16** sau **MMPI**) și, întrucâtva, **interviurile clinice semistructurate**, asigură o evaluare cu grad superior de validare a fiecărei forme de tulburare a personalității.

Scalele și chestionarele de evaluare câștigă în validare atunci când sunt combinate cu diferite forme de interviu. Totuși, aceste teste și în primul rând scalele de autoevaluare prezintă:

- avantajul operativității (și al economiei de timp),
- dezavantajul interferării (și al contaminării) dintre tulburările axei I cu trăsăturile de pe axa II, precum și acela al confundării tulburării de personalitate cu trăsăturile normale de personalitate.

## 15. TERAPIA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE: EXPECTAȚIE ȘI REALITATE

### 15.1 ABORDAREA PSIHOTERAPEUTICĂ: EXPECTAȚIE ȘI POSIBILITĂȚI

Abordarea psihoterapeutică a tulburărilor de personalitate este mult mai nuanțată decât în cazul altor condiții psihiatrice întrucât:

- spre deosebire de celelalte condiții clinice (unde este vorba de "**reacții**" sau de "**proces**"), a căror durată este înscrisă în evoluția lor naturală) tulburările personalității sunt expresia unor "**dezvoltări**" la care s-a ajuns prin îndelungate și, poate, definitive structurări;

- în timp ce tulburările nevrotice și psihotice sunt **distonice**, tulburări pe care pacienții, dorind să le depășească, sunt astfel motivați pentru terapie, în tulburările de personalitate trăsăturile sunt **egosintonice**, fapt care îi îndepărtează de terapie;

- stabile și relativ constante în evoluția lor, tulburările de personalitate au încorporate, chiar structurate, modele atitudinale, clișee relaționale și stiluri comportamentale;

- influențarea și schimbarea lor, demers temerar și uneori sisific, implică din partea terapeutului o bogată experiență de viață, de învățare socială și constructivă, precum și o experiență îndelungată în psihoterapie.

În mod concret, tehnica terapeutică utilizată trebuie să fie bazată pe interpretări repetate și confruntări, susceptibile de a transforma trăsăturile egosintonice ale acestor pacienți în trăsături distonice, ceea ce ar condiționa valoarea adaptativă a schimbării.

#### 15.1.1. Recomandări generale în psihoterapia tulburărilor de personalitate

Spre deosebire de alte domenii clinice, aici nu putem stabili o **alianță terapeutică propriu-zisă**, ci mai ales o **înțelegere** în cadrul căreia, psihoterapeutul cere pacientului:

- să nu lipsească de la ședințe,
- să respecte programul ședințelor,

- să renunțe la consumul de alcool sau de drog.

**Ascultarea**, pe care terapeutul trebuie să o mănuiască răbdător, cu abilitate și chiar cu virtuozitate, prezintă, aici, două aspecte:

- terapeutul nu trebuie să asculte ceea ce i s-a mai relatat de către pacient, să asculte în mod repetat un fapt anterior invocat (atribuiri, acuze, învinuiri), chiar dacă pacientul le consideră importante; aceasta întrucât, fiecare repetare (mai ales în acest cadru avizat prin prezența psihoterapeutului) constituie un pas spre consolidare a unui mod lamentativ și heteroatributiv de comportare;

- dimpotrivă, când pacientul relatează fapte dezirabile și utile procesului psihoterapeutic, terapeutul trebuie să-și facă simțit interesul;

- călăuzit de o "**neutralitate binevoitoare**", psihoterapeutul (în anumite situații) își poate exprima dezacordul, dar nu poate reproșa, sancționa sau blama, el limitându-se, cu precădere, la solicitarea responsabilității pacientului;

- evident, psihoterapeutul, **călăuzit de regula de aur a neutralității**, cu atât mai puțin nu trebuie să se implice în problematica pacientului; de fapt, orice încercare de rezolvare a situațiilor în care astfel de pacienți sunt, cu precădere, implicați este antiterapeutică și determină, în mod inerent, încetarea psihoterapiei sau transformarea ei într-o relație managerială;

- întrucât unii pacienți cu tulburări de personalitate prezintă o îndoielnică moralitate, psihoterapeutul poate fi confruntat cu reproșuri, ironizări, acuze sau blamări din partea lor, expresie a **transferului negativ**; în astfel de situații psihoterapeutul nu trebuie să se simtă ofensat, jenat sau umilit, nu trebuie să riposteze sau să încerce a-și salva reputația, menținându-se astfel deasupra acestor incidente;

- pe de altă parte, terapeutul **nu trebuie să apară** în fața pacientului (nu trebuie să se ofere pe sine) **ca un ecran alb**, lipsit de emoții; dimpotrivă:

- terapeutul trebuie să vorbească, să acționeze și să se relaționeze cât mai firesc, mai natural, ca un om **investit** cu posibilități terapeutice, **acreditat** și, totodată, **profund interesat** în schimbarea pacientului;

- în același timp, prin conduita autentică mai susmenționată, se reduce (de dorit până la anulare), neîncrederea inițială, extrem de puternică, a acestor pacienți:

- aceste atribute ale comportamentului și mesajului psihoterapeutului trebuie să fie **transmise prin toate canalele** de comunicare, **verbale și nonverbale**, prin tăcere, prin privire, prin întreaga sa atitudine.

### 15.1.2. Recomandări specifice în psihoterapia tulburărilor de personalitate

Cu toate că sunt denumite "specifice" aceste recomandări nu se referă:

- la un anumit tip de tulburare a personalității, sau

- la o anumită metodă de psihoterapie, în pofida faptului că **psihanaliza apare aici ca un sistem general de referință**; aceasta fiind însă metoda psihoterapeutică cea mai complexă, mai nuanțată, mai riguros structurată și mai ferm argumentată, apelul la psihanaliză, inconștient sau deliberat, este astfel justificat.

Evident, aceste recomandări au o anumită adresabilitate referindu-se în special la cei care vor să facă psihoterapie, sau psihoterapeuților cu experiență limitată în această arie nosografică atât de controversată. Aceste recomandări au în vedere:

- prezentarea problemei esențiale a psihoterapiei - schimbarea - nu ca o încercare, nici ca o solicitare, ci **ca o posibilitate implicită și inerentă procesului psihoterapeutic**;

- la începutul tratamentului **trebuie evitate** atât **interpretările**, cât și **clarificările**; de fapt, ele nici nu pot fi suportate sau acceptate acum, și tocmai de aceea trebuie plasate la locul lor, în ultima parte a curei, când pot fi cu totul altfel valorificate sub aspectul beneficiului terapeutic;

- temporizând **interpretările**, în tulburările de personalitate nu trebuie evitate **confruntările** pentru care se va ocaziona un mediu suportiv și, pe cât posibil apariat, alcătuit din persoane percepute ca egale și cu aceleași probleme; așa cum se menționează, "metoda socratică servește mai bine bolnavului cu tulburare a personalității decât toate sfaturile bune și interpretările dinamice din lume". (J.C. Perry, G.E. Vaillant, 1989, p.1364);

- în demersul său, psihoterapeutul trebuie să fie **preocupat** în special de trăirea și conduita pacientului și mai puțin de explicarea comportamentului său;

- **modelul relațional** adoptat de terapeut trebuie să fie de tip

"adult-adult" și nu "părinte-copil", model care compromite a priori cura psihoterapeutică; altfel spus, în cadrul modelului relațional ales, psihoterapeutul trebuie "să facă ceva cu bolnavul" îndepărtându-se astfel de **modelul chirurgical** conform căruia trebuie "să-i facă ceva bolnavului";

- psihoterapeutul nu trebuie să omită faptul că cei mai mulți dintre cei cu tulburări de personalitate sunt asemenea adolescenților: noncomplanți, slab motivați și, nu rareori, inconștienți de caracterul perturbator al conduitei lor; tocmai de aceea, în ambele situații, psihoterapeutul trebuie să fie prevenit asupra faptului că **față de marile sale eforturi, rezultatele sunt minime**, dar întrutotul **posibile**; drept consecință,

- în psihoterapia tulburărilor de personalitate, psihoterapeutul trebuie să adopte **teoria pașilor mărunți**, prin care să se îndrepte în mod treptat spre o adaptare satisfăcătoare;

- cu răbdare și persuasiune, psihoterapeutul trebuie să-și convingă pacienții de necesitatea **evitării situațiilor conflictuale** sau, în orice caz, susceptibile de a le crea dificultăți;

- psihoterapeutul trebuie să caute mijloace, dar și **situații de creștere și valorizare a autostimei** pacientului; pentru aceasta, terapeutul are în vedere încurajarea suportului de grup, a suportului social, care conferă pacientului un plus de certitudine asupra lumii și vieții sociale; în acest scop

- psihoterapeutul **va orienta pacientul să-i ajute pe alții** care au mai mare nevoie de ajutor decât el, fapt care-i va oferi  **motive concrete de autovalorizare**; aceasta îi va deschide un câmp (poate chiar o lume) de acțiune până atunci ignorată; lumea binelui, a adevărului și a frumosului; un important sprijin în acest sens îl constituie:

- ocazionarea sau crearea unor situații susceptibile de a **releva și evidenția laturi pozitive ale personalității pacientului**, până atunci ignorate sau necunoscute, care, reevaluate, pot chezașui reorientări în încercările sale de schimbare și creștere.

### 15.1.3. Estimări și expectații asupra rezultatelor psihoterapiei în tulburările de personalitate

Expectațiile asupra eficacității psihoterapiei în acest grup de tulburări pot fi înscrise pe un amplu evantai, care prezintă la o extremă scepticismul dezolant, iar la cealaltă, optimismul mobilizator.

Astfel, cea mai sceptică apreciere exprimă opinia conform căreia "este puțin probabil ca psihoterapia să ajute oamenii cu tulburare antisocială a personalității" sau, în același loc, dar într-o exprimare mai elocventă, se afirmă că "pentru majoritatea bolnavilor cu tulburări ale personalității, psihoterapia nu este indicată" (M. Gelder, D. Gath, R. Mayou, 1989, p.149).

În aria opiniilor optimiste se consideră că "există un elan în psihoterapia tulburărilor de personalitate în care, deși nu există o validare a rezultatelor, a crescut interesul pentru posibilitățile terapeutice ale tulburărilor de personalitate" (G.J. Gunderson, Katharine Phillips, 1995, p.1433).

În privința eficacității comparative a diferitelor metode de psihoterapie, nu există observații susceptibile de a indica ierarhizări și se estimează că "în ameliorarea tulburărilor de personalitate, psihoterapia dinamică, terapia de familie și terapia comportamentală sunt, probabil, la fel de eficiente în multe domenii ale vieții pacientului" (J.C. Perry, G.E. Vaillant, 1989, p.1365).

Desigur, în acest cadru general, dată fiind diversitatea tipurilor de tulburare a personalității, nici n-ar putea fi indicată o ierarhie a eficacității diferitelor metode de psihoterapie, fapt pe care îl avem însă în vedere în analiza psihoterapiei tulburărilor specifice de personalitate.

## 15.2 TERAPIA PSIHOFARMACOLOGICĂ A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE; O ABORDARE PROMIȚĂTOARE

În mod concret, pacientul cu tulburare de personalitate acceptă tratamentul psihofarmacologic mai ales atunci când:

- tulburarea se complică prin dezvoltarea unei depresii;  
- perturbarea severă a sistemului relațional determină dezvoltarea unei stări anxioase;

- trăsăturile sale de personalitate sunt interferate de manifestări considerate astăzi somatice: cefalee, insomnie, inapetență etc., sau de manifestări somatoforme și, în primul rând de algii.

În aceste situații, tratamentul psihofarmacologic trebuie să se adreseze stării de fond și nu asupra acestor aspecte epifenomenale.

Astfel:

- pentru stabilizarea stărilor afective și controlul izbucnirilor clasice, agresive ori autodestructive, s-a preconizat **carbamazepina (tegretol)**, ca și **sărurile de litiu**, ale căror rezultate s-au dovedit a fi "promițătoare";

- în tratamentul depresiilor secundare tulburările de personalitate, ca și în stările de anxietate, pot fi administrate **antidepresive din a doua generație** și în primul rând **miprotilină și mianserină**; în opinia noastră însă, astfel de manifestări pot fi cupate cu **Herphonal** sau cu **Hydiphen**;

- în tratamentul tulburărilor de personalitate nu ar trebui recomandate, nici pe durate scurte, medicamentele **psihostimulante și sedativ-hipnotice** din cauza riscului dependenței; nu trebuie omis faptul că acest risc este major în astfel de situații în care pacienții prezintă o structură psihică labilă, dizarmonică și implicit favorabilă dezvoltării dependenței;

- studii relativ recente insistă asupra importanței **fenomenului placebo** în tulburările personalității și, în mod corelat, asupra efectului placebo al "medicamentelor noi", "indiferent de compoziția lor farmacologică", întrucât astfel de produse ar fi "magic utile", comparativ cu medicamentele mai demult cunoscute, dacă la această "**valoare simbolică**" se adaugă acțiunea efectivă, farmacodinamică (așa cum se întâmplă în cazul **Tanakan-ului**), beneficiul terapeutic va fi cu atât mai bun.

Prin aceste mijloace psihofarmacologice nu au putut fi obținute, desigur, efecte de durată ci mai ales imediate, circumstanțiale. Fără a omite faptul că abordarea psihofarmacologică a tulburărilor de personalitate este relativ nouă, se poate constata că "utilizarea medicamentelor psihotrope în acest domeniu este foarte răspândită" (**H.G. Gunderson, Katharine Phillips**, 1995, p.1433).

În pofida dificultăților întâmpinate de abordarea psihofarmacologică, determinată de noncompliance acestor pacienți față de administrarea medicamentelor, medicii sunt tot mai hotărâți în utilizarea lor, întrucât descifrarea cauzelor genetice în etiologia tulburărilor de personalitate, a stimulat interesul lor pentru psihofarmacoterapia acestor condiții.

### 15.3 SPITALIZAREA PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE

După două decenii în care s-a preconizat deplasarea centrului de greutate a asistenței psihiatrice din spital spre comunitate, măsură prezentată ca modernă, iar sub aspect sociouman ca benefică și înalt terapeutică, actualmente se revendică necesitatea spitalului psihiatric. În plus, se consideră că "spitalul este adecvat bolnavilor cu tulburări de personalitate" (**J.C. Gunderson**, 1989, p.1394), deși, în ultimele trei decenii s-a apreciat că astfel de tulburări fac obiectul psihiatriei **extra muros**. Mai mult, se preconizează "spitalizări de scurtă durată" ca și "spitalizări de lungă durată" (**Ibidem**)

Evident, dacă pentru această categorie nosografică (despre care până în acești ultimi ani nici nu se folosea apelativul de "boală", de "bolnav" sau de "pacient"), pentru celelalte categorii ale nosografiei psihiatrice, acelea care cuprind boli psihice propriu-zise, spitalizarea capătă accepții axiomatice.

**Spitalizarea de scurtă durată** este recomandată:

- în timpul crizelor și, în primul rând, a celor care implică acte autodestructive;

- în perioade de regresie psihică severă, ilustrată prin dezvoltarea unui transfer psihotic, sau prin recurgerea la consumul de alcool sau de droguri;

- în reevaluarea stării psihice sau a eficacității unui tratament;

- în vederea adoptării unui nou program terapeutic, de exemplu psihofarmacologic sau terapie în grup.

**Spitalizarea de lungă durată** este indicată:

- persoanelor care nu răspund la spitalizarea de scurtă durată;

- celor care au o situație familială care le întreține sau le agravează tulburarea;

- cazurilor care necesită o mai mare toleranță pentru problemele lor sau ale altora;

- persoanelor care au nevoie de reabilitare profesională și socială.

## 15.4 ASUPRA COMPLIANȚEI TERAPEUTICE ÎN TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

Abordarea terapeutică și, în primul rând, psihofarmacologică a tulburărilor de personalitate implică mari dificultăți, comparabile cu acelea din domeniul alcoolomaniei.

Aceste dificultăți, ilustrate printr-o evidentă noncompliance terapeutică, este determinată de **trăirea egosintonică** a manifestărilor în sensul că acestea:

- sunt acceptabile pentru Ego,
- nu îi provoacă suferință,
- nu sunt percepute ca străine personalității sale,
- determină, totuși, probleme relaționale.

Pe de altă parte, noncompliancea pentru abordarea psihofarmacologică este mult mai puternică în comparație cu aceea referitoare la abordarea psihoterapeutică. Aceasta întrucât, în opinia noastră, pentru cel cu tulburare de personalitate,

- acceptarea medicamentelor implică **faptul de a fi tratat**, în timp ce,

- acceptarea psihoterapiei semnifică, pentru cel cu tulburare de personalitate, **un mod de a fi considerat**; mai mult, efortul psihoterapeutului și procesul terapeutic în sine, constituie pentru un astfel de pacient, expresia modului de a fi investit și valorizat.

În mod practic, cei cu tulburări de personalitate "nu solicită tratament până când consecințele sociale și interpersonale, determinate de trăsăturile de personalitate, nu duc la îngrijorare și la nevoia de schimbare" (G.O. Gabbard, 1995, p. 4466).

În pofida realelor dificultăți întâmpinate în abordarea terapeutică a acestor pacienți, ca și a slabei lor compliance terapeuțice și mai ales a noncompliancei la abordările psihofarmacologice, trebuie menționat că în ultimul deceniu "s-a înregistrat un oarecare progres în găsirea mijloacelor de a realiza anumite schimbări în tulburările personalității" (M. Gelder, D. Gath, R. Mayou, 1989, p. 148).

## 15.5 PROBLEME TRANSFERANȚIALE ÎN TERAPIA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Pentru cei cu tulburări de personalitate, ca și față de cei dependenți de alcool sau de drog, clinicianul are un **contratransfer negativ**. El consideră că acești pacienți sunt "rezistenți la schimbare" și "nemotivați pentru tratament". Totodată, "trăsăturile lor de caracter nu-i fac deloc simpatici personalului din domeniul sănătății mintale" (J.C. Perry, G.E. Vaillant, 1989, p.1352).

Pe de altă parte, în afara psihiatriei, acești inși nu sunt cunoscuți ca având tulburări de personalitate și de aceea sunt apreciați și desemnați ca "rați, devianți, păcătoși, excentrici, ... care niciodată nu fac bine". (Ibidem).

Prin toate aceste aspecte, care îi alimentează și îi argumentează terapeutului ansamblul sentimentelor, atitudinilor și expectațiilor negative (respectiv **contratransferul negativ**), astfel de pacienți cunosc tristul privilegiu al unei "speciale desconsiderări". În felul acesta, relațiile terapeutului cu astfel de persoane, **a priori** precare, sunt ulterior prejudiciate de către pacient prin atitudinile sale dezadaptate.

Sub alt unghi, o analiză psihologică atentă evidențiază, în afara trăsăturilor dizarmonice, și trăsături considerate pozitive și potențial-integrative, mai ales când cel în cauză poate fi motivat și orientat în sensul dorit.

Menționăm, totodată, faptul că chiar trăsăturile considerate negative într-un anumit context, sau într-o anumită perioadă, pot apare ca pozitive, contribuind în mod semnificativ la dezvoltarea progresului și afirmarea persoanei în cadrul grupului. Datorită acestui fapt, "în mod straniu dar semnificativ, un mare număr de sfinți, artiști, eroi, revoluționari și inventatori reali, au avut tulburări ale personalității" (Ibidem). Tocmai de aceea, specialistul în sănătatea mintală nu trebuie să judece acești pacienți ori să-i condamne, ci să-i înțeleagă, cu atât mai mult cu cât, atitudinile și comportamentul lor sunt expresia structurii psihismului și nu a dorinței sau voinței lor.

Pe de altă parte, pe măsură ce psihiatrii (și medicii, în general) aprofundează cunoștințele de **personologie** și mai ales de **psihologie socială**, înțeleg mai bine că psihiatria are posibilități limitate în vasta responsabilitate pe care o implică această extinsă arie a tulburării de personalitate.



## 15.6 ABORDĂRI TERAPEUTICE DE PERSPECTIVĂ

O inventariere și evaluare a actualelor orientări și mijloace terapeutice este de natură să sugereze abordările terapeutice ale viitorului printre care menționăm:

- o abordare psihoterapeutică mai concentrată și mai limitată în timp, știut fiind că durata actuală a unei psihoterapii eficiente este de aproximativ patru ani;

- o mai mare specificitate asupra problemelor abordate, psihoterapiile întreprinse fiind astfel mult mai personalizate;

- o modificare a abordării psihanalitice tradiționale, punându-se un accent mai mare asupra problemelor actuale, ca și asupra relațiilor interpersonale;

- o deplasare a interesului clinicienilor și a acreditării metodelor de la psihoterapiile psihanalitice la terapiile cognitiv-comportamentale;

- utilizarea unor medicamente ca extractele de Ginkgo Biloba, care, deși au acțiune farmacodinamică mai puțin specifică, sunt lipsite de efecte secundare sau adverse, sunt mai larg acceptate de pacienți, ceea ce le sporește complianța terapeutică;

- reținem, de asemenea, faptul că, în ultimii ani "a crescut înțelegerea pentru tehnici psihoterapeutice și farmacoterapeutice specifice fiecărei tulburări de personalitate" (J.G. Gunderson, Katharine Phillips, 1995, p. 1434).

## III. TULBURĂRI SPECIFICE DE PERSONALITATE

### Tulburări de personalitate validate.

Tulburarea paranoidă a personalității.

Tulburarea schizoidă a personalității.

Tulburarea schizotipală a personalității.

Tulburarea disocială a personalității.

Tulburarea borderline a personalității.

Tulburarea histrionică a personalității.

Tulburarea narcisică a personalității.

Tulburarea anxioasă (evitantă) a personalității.

Tulburarea dependentă a personalității.

Tulburarea anancastă (obsesiv-compulsivă) a personalității.

Tulburarea emoțional-instabilă a personalității.

### Tulburări de personalitate în curs de validare.

Tulburarea depresivă a personalității.

Tulburarea pasiv-agresivă a personalității.

### Tulburări de personalitate controversate.

Schimbarea persistentă a pers. după o trăire catastrofică.

Schimbarea persistentă a pers. după o boală psihică.

### Tulburări de personalitate nevalidate.

Tulburarea defetistă a personalității.

Tulburarea sadică a personalității.

## TULBURĂRI DE PERSONALITATE VALIDATE

### TULBURAREA PARANOIDĂ A PERSONALITĂȚII

Deși nu se afirmă în mod explicit, această tulburare de personalitate este entitatea cea mai importantă a acestui grup nosografic, impunându-se atenției atât prin stilul comportamental cât și prin înalta sa prevalență. În viața curentă, cei în cauză sunt oamenii care "știu ce vor" cu o fermitate care face din această banală sintagmă un fapt îngrijorător.

#### 1. Istoric

Termenul de **paranoia** (gr. **para** = alături, **nous** = minte, rațiune) era folosit în antichitatea greacă pentru a desemna o boală mintală severă. Această accepție a fost păstrată până la începutul secolului nostru când **E. Kraepelin** (1912), fondatorul nosografiei psihiatrice, delimitează **paranoia**, boală psihică majoră ilustrată clinic prin delir cronic sistematizat și **personalitatea paranoidă** care era considerată de autor o fază premonitorie (premorbidă) a psihozei propriu-zise, paranoia.

**Actuala tulburare paranoidă de personalitate** a constituit o preocupare importantă pentru **E. Kretschmer** (1924) care a abordat-o din perspectivă clinică și a denumit-o "Reacție de tip expansiv a personalității".

Cea mai autentică descriere clinică a acestei condiții a realizat-o însă **K. Schneider** (1960), care i-a conferit denumirea de "Psihopatie fanatică", prin acest adjectiv sever subliniindu-i trăsătura esențială.

#### 2. Definiție

Tulburarea se caracterizează printr-o triadă comportamentală, ilustrată prin suspiciozitate, neîncredere și interpretativitate care survine la un adult tânăr, axat ferm pe traiectoria puterii; cu o logică fermă, argumentativă și persuasivă, el pare omul acreditat succesului.

Într-o altă definiție, tulburarea "este caracterizată printr-o neîncredere pervazivă și suspiciozitate față de ceilalți, astfel încât motivele conduitei lor sunt interpretate ca răuvoitoare" (**J. G. Gunder-**

**son, Katharine A. Phillips**, 1995, p. 1434).

#### 3. Sinonimii, includere

Conform opiniei experților OMS, în această categorie a tulburărilor de personalitate se include "tulburarea de personalitate **expansivă, fanatică, cverulentă și senzitivă**" (CIM-X, 1992, p. 203). Adăugăm faptul că tot aici se înscrie, desigur, clasică "psihopatie **paranoiacă**", respectiv "tulburarea de personalitate **paranoiacă**". Precum se știe, până în ultimii ani sufixul "iac" (paranoiac) ilustra entitatea nosografică lipsită de halucinații, în timp ce "id" (paranoid) sublinia tocmai existența halucinațiilor. Actualmente, marile taxinomii internaționale, CIM-X (1992) și DSM-IV (1994) nu mai respectă această distincție, ambele folosind termenul de paranoid, respectiv "tulburare de personalitate paranoidă", pe care l-am adoptat pentru a contribui la realizarea unui caracter universal al diagnosticelor.

#### 4. Factori corelativ-etiologici

Întrucât tulburarea de personalitate paranoidă se înscrie într-un grup nosografic relativ bine structurat, etiologia tuturor tulburărilor de personalitate este prezentată la partea generală a capitoului. În acest cadru precizăm numai că "la rudele pacienților schizofreni se constată o incidență mai mare a tulburării de personalitate paranoidă decât la subiecții de control" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb**, 1994, p. 734).

Totuși, corelația dintre tulburarea paranoidă a personalității și schizofrenie este, în fapt, slab semnificativă comparativ cu aceea dintre paranoia (actuala tulburare delirantă) și tulburarea paranoidă de personalitate, care este de 5 - 6 ori mai înaltă.

#### 5. Date epidemiologice

În ultimii ani au fost elaborate studii asupra prevalenței tulburării de personalitate paranoidă și s-a constatat că această condiție este întâlnită cu o frecvență mult mai înaltă decât era expectată: astfel, ea este estimată la: "0,5 - 2,5 % din populația generală, 10 - 30 % din ansamblul pacienților internați în clinicile de psihiatrie și de 2 - 10 % dintre pacienții aflați în tratament ambulatoriu" (DSM-IV, 1994, p. 636).

Există însă o nonconcordanță semnificativă a datelor epidemiologice întrucât, conform altor observații, prevalența tulburării ar fi de numai "1 % din numărul pacienților internați" (**J. G. Gunderson, Katharine A. Phillips**, 1995, p. 1435).

## 6. Debut

Tulburarea apare "la adultul tânăr" (DSM-IV, 1994, p. 637), deși aspecte ale personalității premorbide sunt evidente încă de la vârsta școlară și mai ales după adolescență.

## 7. Trăsături psihologice și psihopatologice

În locul termenului de "simptome" sau "manifestări clinice" îl preferăm pe acela de "trăsături", întrucât aceste entități:

- sunt expresia structurii personalității insului,
- sunt persistente, în sensul că apar în adolescență, devin evidente la vârsta adultă tânără și însoțesc persoana în cauză de-a lungul întregii sale existențe.

Pe de altă parte, aceste trăsături nu sunt în mod elocvent patologice și, într-o formă și manifestare mai discretă, se întâlnesc la un mare număr de persoane, ceea ce ne determină a le denumi "**trăsături psihologice**". Deseori, caracterul definitoriu pentru un anumit tip de tulburare a personalității este determinat nu numai de amploarea trăsăturilor, ci și de prezența lor la aceeași persoană. Din acest motiv ele au fost grupate în:

- trăsături caracteristice sau esențiale și
- trăsături facultative sau asociate.

Totodată, s-a depus un efort îndelungat de a prezenta trăsăturile din fiecare categorie nosografică în ordinea importanței lor, ierarhia fiind realizată în funcție de doi factori și anume:

- incidența cu care trăsătura respectivă este întâlnită și
- semnificația trăsăturii pentru tulburarea de personalitate în cauză. Acest studiu va fi prezentat în altă lucrare.

### 7.1. Trăsături caracteristice sau esențiale

**Suspiciozitate exagerată** față de persoane din grupul familial sau profesional, referitoare la realele intenții ale acestora. Astfel, acte, acțiuni sau atitudini prietenoase sau neutrale sunt percepute și interpretate în mod distorsionat, fiind considerate ca interesate, inautentice, aparente sau chiar fățarnice.

**Neîncredere generalizată**, uneori jignitoare, față de relatarea de date, fapte, situații și evenimente. Îndoiala pacientului, rezerva și tendința sa de verificare a celor prezentate sau relatate sunt de natură să afecteze prietenii sau asociații cu bune și autentice intenții.

**Controlul fidelității și autenticității datelor, faptelor și situațiilor** prezentate (de cei apropiați și bine intenționați) se instituie ca o caracteristică independentă a acestui tip de personalitate. Persoana în cauză nu are încredere în afirmații, relatări, asigurări (care în accepția sa sunt "simple cuvinte" a căror menire este "să ascundă adevărul") fapt pentru care el se simte "îndreptățit" să recurgă la verificări.

**Interpretativitate.** Mai ales când datele, faptele și situațiile prezentate vizează interesele personale, cel în cauză trece de la îndoială și neîncredere la interpretare. În spatele celor relatate, dincolo de realitate, el vede interese ascunse, amenințări, încercări de subminare a statutului său profesional sau social.

Pe acest fundal, uneori apar tendințe și pulsiuni imaginativ-interpretative în care, în afara unor date sau fapte, dar într-o anumită situație sau context, cel în cauză are revelația unor acțiuni ostile (cu privire la statutul, moralitatea sau reputația sa) față de care reacționează în mod rapid, disproporționat și, desigur, surprinzător pentru cei din jur.

**Reținere, distanțare, nonconfidențialitate, ermetizare.** Acest tip de personalitate nu oferă celor din jur nici un fel de date asupra situației sale, a istoriei personale sau familiale, ori asupra intențiilor și planurilor sale. Este colegul despre care, în afara conduitei profesionale, nu i se cunoaște adresa, starea civilă, existența sau inexistența copiilor sau alte aspecte esențiale ale situației sale. Numeroase elemente psihice și trăsături psihologice contribuie la cristalizarea acestei conduite, dar elementul esențial al ermetizării sale este neîncrederea funciară asupra celor din jur care, în mod cert sunt rivali, adversari și potențiali dușmani ai săi.

**Tendințe de putere, succes, valorizare.** Persoana cu trăsăturile mai sus menționate prezintă totodată o forță motivațională esențială, univoc orientată spre obținerea puterii, câștigului, valorizării. El este omul care "știe ce vrea", care nu se încurcă și nici nu întârzie asupra aspectelor neesențiale din viață, care (în concepția sa) nu contribuie la îndeplinirea scopurilor sale. El nu atrage atenția atât prin faptul că "știe ce vrea" (deși în limba română sintagma are o conotație peiorativ-negativă), ci mai ales prin faptul că el vrea cu fanatism. La **minimum**, el este omul acreditat succesului, iar la **maximum**, el este un fanatic al puterii. Ținta sa este ascensiunea, iar deviza sa, puterea.

**Dificultăți interrelaționale, de integrare și armonizare** în grupul familial și socioprofesional. Trăsăturile mai sus menționate izolează și particularizează tipul paranoid de personalitate care, în același timp, este marginalizat de grupul său. Se ajunge astfel la un cerc vicios, conform căruia cel în cauză este structural deosebit de grupul său pe care-l subvaluează și dorește să-l domine, în timp ce grupul adoptă o atitudine de evitare și rejecție, acreditându-i trăsăturile cu o conotație negativă.

#### **7.2. Trăsături asociate sau facultative**

**Rigoare logică, argumentativitate și persuasiune.** Spre deosebire de unele studii care găsesc la acest tip de personalitate o capacitate cognitivă relativ redusă, observația curentă confirmă opinia clasică asupra preeminenței sale cognitive. Ca dovadă, cel în cauză se prezintă ca rațional, obiectiv, nonemoțional. El posedă un grad semnificativ de rigoare logică, judecățile și silogismele sale respectând în mod elocvent rigorile logicii formale. Astfel, el este limpede în exprimare, coerent, argumentativ și persuasiv izbutind, de cele mai multe ori, să-și impună ideile sau punctul de vedere.

**Combativitate și tenacitate,** care se manifestă cu o elocvență surprinzătoare mai ales în apărarea drepturilor personale. Cu un simț particular al interesului personal pentru care luptă cu o nestrămutată hotărâre, cel în cauză pare un excentric litigios sau, în cel mai bun caz, un colecționar de injustiții. În tendința de a obține tot ceea ce crede că i se cuvine, el apelează la toate forurile justițiare reale și imaginare, fapt care induce uneori teamă sau chiar teroare. Astfel, lui nu i se pare inoportun sau hazardat ca cel mai important om din stat să-i asculte argumentația logică a cărei premisă, îndoielnică sau falsă, este însă atent disimulată.

**Nevoia de a fi recunoscut, stimat, prețuit,** pentru care nu ezită să-și sublinieze ori să-și supraestimeze meritele, realizările și posibilitățile.

**Slabă toleranță la pierdere, eșec sau frustrare,** situații care, în loc să-l demobilizeze, îi exacerbează eforturile de promovare, ascensiune, câștig și realizare.

**Intoleranță la minimalizare, rejecție, ignorare,** dar mai ales la **observații critice, depreciative,** pentru care prezintă o alergie psihică.

**Heteroatribuirea insucceselor sau implicațiilor negative,** cei-

lalți fiind întotdeauna acuzați și culpabilizați pentru acestea; prin mecanisme proiective, ei atribuie întotdeauna altora intenții malefice sau conduite ostile.

**Rezonanță afectivă redusă,** ceea ce le conferă o conduită rece, detașată, distantă. Reducerea evantaiului trăirilor afective nu-i jenează, situațiile dramatice oferindu-le posibilitatea de a-și sublinia spiritul lor rațional și stoic.

**Tendința la autonomie, incapacitate de cooperare.** Acest tip de personalitate este chintesența luptătorului cu puternice valențe de a se distinge, de a se impune și de a conduce. În consecință, el nu se poate înscrie în tipare și norme. El este spiritul autocratic care știe mai bine decât ceilalți ceea ce trebuie făcut, considerând că este inutil să consulte opinii, să adopte puncte de vedere, să se conformeze hotărârii altora. Fără a fi un impulsiv, un excentric sau un demonstrativ, prin structura personalității sale este un nonconformist.

**Exigență și intransigență.** De obicei lider, cel cu tulburare paranoidă de personalitate caută să instituie ordinea, disciplina, dar mai ales supunerea. El pretinde de la ceilalți o conduită activ-dependentă, având o grijă obsesivă ca aceasta să-i consolideze statutul, să-i asigure performanțele. Exigent în principiu, el nu ezită să fie necruțător în sancțiuni, ignorând circumstanțele sau motivele neîndeplinirii atribuțiilor, dispozițiilor sau ordinelor sale.

**Tendința de autovalorizare și atitudinea auto-referențială,** realizate prin starea de continuă alertă pe de o parte și apelul la exemplul personal, pe de altă parte. În fapt, el nu conținește în a-și sublinia calitățile și realizările printr-un apel continuu la posibilitățile și acțiunile sale.

**Atitudine de supraestimare și fantezii de omnipotență și grandoare.** Pe fundalul autoaprecierii și supraestimării, mai ales în urma unor succese sau realizări, persoana paranoiacă dezvoltă fantezii de omnipotență și supravalorizare pe care le prezintă ca atare sau cu o discretă disimulare.

**Supravalorizarea rangului, puterii și forței** corelativ cu desconsiderarea și disprețul pentru cei slabi, incapabili, suferinzi, deficițari, hipobulici, "nerealiști" sau "romantici".

### 7.3. Trăsături diferențiale

#### 7.3.1. Trăsături diferențial-culturale

Studiile recente confirmă observații mai vechi conform cărora structurarea unei personalități paranoide poate fi influențată de factori culturali. Astfel, "grupuri minoritare, imigranți, refugiați politici sau persoane cu fundal etnic diferit pot dezvolta un comportament defensiv-paranoid prin bariere lingvistice, nerecunoașterea regulilor sociale, sau ca răspuns la indiferența societății majoritare" (DSM-IV, 1994, p.636).

#### 7.3.2. Trăsături diferențiale de vârstă

Când tulburarea paranoidă de personalitate apare în preadolescență sau adolescență, tinerii respectivi se prezintă ca particulari, ciudați, excentrici. La examenul psihologic ei apar ca însingurați, solitari, dar mai ales cu slabe relații intercolegiale. O analiză mai atentă poate evidenția la aceștia o hipersensibilitate și anxietate; alții ei prezintă idei particulare, insolite sau ciudate ori fantezii idiosincratice. Evident, acest ansamblu sindromologic ilustrat prin comportamentul insolit, neobișnuit la tânărul respectiv, are drept consecință o reducere a performanțelor școlare.

#### 7.3.3. Trăsături diferențiale de sex

Tulburarea paranoidă de personalitate este mai frecvent întâlnită la bărbați, deși raportul dintre sexe, sub aspectul prevalenței, nu este bine cunoscut. Pe de altă parte, descrierea clinică mai sus menționată a fost axată asupra patternului masculin de manifestare.

În varianta feminină, tulburarea este ilustrată mai ales prin distorsiuni perceptivă și cognitive, dificultăți relaționale, manifestări atributive și conduite lamentative. În plus, femeile cu tulburare paranoidă de personalitate prezintă o hiperamnezie selectivă negativă, în virtutea căreia nu pot uita ignorarea, marginalizarea, disprețul, injuria sau insulta pentru care păstrează o rană permanentă.

### 8. Evoluție

Fiind vorba de o structurare particulară a personalității și nu de o boală psihică propriu-zisă, această entitate are o evoluție îndelungată, eșalonată pe parcursul întregii vieți. Uneori însă, în funcție de schimbarea condițiilor existenței, a modului de viață sau înlăturarea situațiilor stresante, trăsăturile paranoide înregistrează o **pato-morfoză intrasindromală** și, prin "formațiune reacțională", capătă un conținut altruist sau de moralitate militantă.

### 9. Complicații

Dacă în deceniile trecute se sublinia faptul că o psihopatie (respectiv o tulburare de personalitate) nu se transformă într-o psihoză (după cum o gastrită nu se transformă în ulcer), actualmente se consideră că în urma unor situații psihotraumatice sau stresante "pot apare foarte scurte episoade psihotice a căror durată este estimată la minute sau ore" (DSM-IV, 1994, p. 635). De asemenea, tulburarea de personalitate paranoidă poate apare "ca un antecedent premorbid al tulburării delirante, al schizofreniei sau al depresiei majore" (Ibidem).

### 10. Diagnostic diferențial

În linii de maximă generalitate, tulburarea paranoidă de personalitate poate fi diferențiată de:

- tulburări psihotice cu manifestări adiacente,
- alte tulburări de personalitate.

**Tulburarea delirantă**, clasică psihoză paranoidă sau paranoia, se instituie ca prima entitate nosografică ce trebuie diferențiată de tulburarea paranoidă de personalitate, care însă nu este o psihoză și nu prezintă ideea delirantă (asemenea tulburării delirante). Se poate, totuși, ca tulburarea delirantă să apară pe fundalul tulburării paranoide de personalitate, situație în care aceasta:

- a precedat debutul tulburării delirante,
- persistă după remisiunea tulburării delirante.

**Schizofrenia paranoidă** prezintă, de asemenea, ideea delirantă, nesistematizată, deseori corelată cu o simptomatologie senzorială psihotică ce determină sau întreține delirul.

**Tulburarea depresivă a dispoziției cu manifestări psihotice** pune puține probleme de diagnostic diferențial, tocmai datorită prezenței simptomatologiei depresive cât și a simptomelor psihotice.

**Tulburarea de personalitate histrionică** se diferențiază prin reacțiile ample, disproporționate față de stimulii din ambianță, cât și prin faptul că nu prezintă suspiciozitate și neîncredere.

**Tulburarea de personalitate schizoidă** se distinge prin faptul că acești pacienți sunt excentrici, ciudați, indiferenți și cu introversie exagerată.

**Tulburarea de personalitate evitantă** se caracterizează prin teama pacienților de a fi inadecvați, ridicoli, marginalizați.

**Tulburarea de personalitate antisocială** se deosebește de personalitatea paranoidă prin conflictualitate marcată, cverulență, spirit protestatar, slabă moralitate.

**Tulburarea de personalitate borderline** prezintă drept trăsături diferențiale manifestări ample, tumultoase și implicare intruzivă în relații.

### 11. Abordare terapeutică

Pacienții cu tulburare de personalitate paranoidă au o foarte slabă complianță terapeutică; ei se prezintă rareori la terapeut și numai atunci când se află în impas, de cele mai multe ori fiind aduși de către familie sau colegi.

**11.1. Abordarea psihoterapeutică** apare ca tratamentul de elecție al acestei condiții clinice. În această situație psihoterapeutul trebuie să țină seama de următoarele reguli:

- prin structura personalității lor, acești pacienți nu suportă psihoterapia în grup, impunându-se o psihoterapie individuală;

- abordarea psihoterapeutică individuală nu trebuie axată pe încredere și intimitate, acestea fiind zone sensibile pentru personalitatea paranoidă;

- psihoterapeutul trebuie să adopte, cel puțin în stadiul individual al terapiei, un stil strict profesional și să evite comportarea afectiv-suportivă.

- dacă abordarea psihoterapeutică este de inspirație **psihanalitică**, terapeutul trebuie să fie foarte circumspect în privința interpretării, la care acest pacient este "alergic"; datorită acestui fapt,

- se recomandă ca terapeutul să evite interpretarea sau chiar abordarea psihanalitică;

- pacientul cu personalitate paranoidă este intolerant sau tolerează cu dificultate intruzivitatea terapierilor **comportamentale** care, și ele, pot fi evitate;

- psihoterapeutul trebuie prevenit asupra faptului că pacientul său poate dezvolta un **transfer negativ** ilustrat prin conduită agresivă sau acuze delirante, fenomene care trebuie tratate cu toleranță și profesionalitate.

**11.2. Abordarea psihofarmacologică** se recomandă numai în anume situații, pentru reducerea eventualei agitații psihomotorii, dar

mai ales a anxietății care poate surveni prin proiecția ideilor sale malefice asupra anturajului.

Incidențele psihotice care pot apare pe fundalul paranoid al structurii personalității pot fi tratate cu un neuroleptic, precum **tioridazinul** sau **clorpromazinul** în doze mici și pentru scurte perioade de timp.

În mod surprinzător, unii clinicieni recomandă în tratamentul anxietății acestor condiții, tranchilizantele. Totuși, după ce menționează că "un agent antianxios ca **Diazepamul (Valium)** este suficient în majoritatea cazurilor" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb**, 1994, p. 735), ei recurg la recomandarea neurolepticelor.

Considerăm că neurolepticele trebuie folosite întotdeauna în tratamentul tulburărilor de personalitate, știut fiind riscul înalt de dependență la tranchilizante al pacienților cu astfel de condiții.

Revenind la starea anxioasă mai sus menționată, aceasta poate fi remisă în mod efectiv cu un neuroleptic sedativ ca **Levomepromazina** (în doze de 25 mg vesperal) sau **Tioridazina** (50 mg cu două ore înainte de culcare).

Pentru situațiile în care anxietatea este asociată cu depresia, se poate recurge la **Herphonal (Trimipramina)** în doze de 25 + 25 mg (orele 17 și 21), acesta fiind atât antidepresiv cât și anxiolitic și sedativ.

În așa numitele decompensări depresive, ca și în depresiile secundare ale acestor pacienți, cel mai indicat medicament este **Hydiphen-ul (Clomipramina)** în doze de 25 + 50 mg, orele 17 și 21, care, fiind un antidepresiv mediu (pe scala anxiolitic-sedativă / psihotonic-stimulativă), acțiunea sa timetică este egală cu acțiunea timoleptică.

De asemenea, în depresii trenante care însoțesc această condiție, ca și în situațiile în care pacientul nu răspunde la alte antidepresive, rezultate bune au fost obținute cu **Tanakan** (un extract standardizat de **Ginkgo-Biloba**), soluție în flacon de 30 ml (1 ml=40 mg), posologia optimă fiind de trei doze pe zi (1 doză - 1 ml) într-o jumătate de pahar cu apă în timpul mesei.

## TULBURAREA SCHIZOIDĂ A PERSONALITĂȚII

Este prima instanță a triadei nosografice schizoid-schizotipal-schizofren. Menționăm însă că legătura acestor instanțe, deși este structurală, nu este în mod necesar evolutivă.

### 1. Istoric

Istoria **tulburării schizoide a personalității** este strâns corelată cu istoria schizofreniei și, timp de aproape un secol, relația dintre cele două condiții a fost percepută în mod asemănător de către dife-riți clinicieni. Pentru ei, **tulburarea schizoidă** constituia fundalul, terenul pe care se dezvoltă **schizofrenia**.

Nu este mai puțin adevărat că, de la începutul secolului până în deceniul opt, la fiecare boală psihică mai importantă era descrisă așa numita **personalitate premorbidă**, care predispunea sau, în orice caz, favoriza dezvoltarea bolii corespunzătoare. În ceea ce privește **schizofrenia**, imediat după descrierea modernă a tabloului său clinic de către **E. Kraepelin** (1897), s-a considerat că mai mult de jumătate dintre pacienți au prezentat trăsături de personalitate premorbidă. Aceasta era caracterizată prin îndepărtare sau chiar detașare de grup sau situații, nonimplicare, slabă și formală comunicare, cei în cauză trăind într-o "lume a fantasmelor" (**A. Hoch**, 1910).

Acest tablou clinic a fost completat de **E. Bleuler** (1911), care a pus accentul pe slaba rezonanță afectivă față de cei din jur sau situații, pe incapacitatea de a se bucura, de a trăi satisfacția sau succesul.

La rândul său, **E. Kraepelin** (1919) descrie în același mod condiția, pe care o denumește însă **personalitate autistă**, în sensul de închidere, de repliere asupra propriului Eu.

Aprofundând studiul tulburării personalității schizoide, **E. Kretschmer** (1927) îi descrie două tipuri:

- **anestezic (insenzitiv)**, ilustrat prin indiferență afectivă, dezinteres, detașare (corespunzător actualei **tulburări schizoide a personalității**) și

- **hiperestezic (hipersenzitiv)**, ilustrat prin timiditate, sensibilitate exagerată, nervozitate (corespunzător **tulburării evitante de personalitate**).

### 2. Definiție

Tulburarea de personalitate schizoidă se caracterizează clinic printr-un grad semnificativ de introversie, detașare de realitate, so-ciofobie, nonimplicare și slabă disponibilitate de rezonanță afectivă.

O altă definiție demnă de reținut are în vedere "un pattern pervazi-v de detașare de la relațiile sociale și o gamă restrânsă de exprimare a emoțiilor în relațiile interpersonale" (**DSM-IV**, 1994, p. 641).

Această formulare este preluată și în ultima ediție a Tratatului American de Psihiatrie de către **G. J. Gunderson** și **Katharine A. Phillips**, 1995, p. 1444).

### 3. Factori corelativ-etiologici

Studiile recente de heritabilitate indică o prevalență crescută a acestei condiții la rudele pacienților cu schizofrenie, ca și la rudele celor cu tulburare de personalitate schizotipală.

### 4. Date epidemiologice

Prevalența tulburării schizoide de personalitate nu se bucură de o evaluare pe deplin validată. Totuși, puținele date epidemiologice prezintă o prevalență surprinzător de înaltă, "evaluată la 0,5 - 7 % din populația generală" (**G. J. Gunderson** și **Katharine A. Phillips**, 1995, p. 1444).

### 5. Debut

Spre deosebire de alte tulburări de personalitate al căror debut este la vârsta adultă tânără, "debutul tulburării de personalitate schi-zoidă este situat, de obicei, în prima copilărie" (**H. I. Kaplan**, **B. J. Sadock**, **J. A. Grebb**, 1994, p. 736).

### 6. Trăsături psihologice și psihopatologice

#### 6.1. Trăsături caracteristice sau esențiale

**Introversie marcată.** La prima vedere liniștiți și flegmatici, acești oameni sunt, de fapt, reci, retrași, distanți, închiși, nesociabili.

**Detașarea de realitate.** Considerați de către ceilalți că "nu știu pe ce lume trăiesc", ei par "rupți de realitate", în sensul că nu sunt întreprinzători, implicați, angajați, fiind indiferenți chiar față de propriile lor interese.

**Sociofobie.** Pacientul nu este numai retras și nesociabil, dar grupul și viața socială îl perturbă; tocmai de aceea el evită oamenii, aglomerările, situațiile și, desigur, profesiile care implică relații cu alții.

**Nonimplicare** în situații și activități practice. Pacientul cu tulburare schizoidă este neimplicat în evenimentele cotidiene care, deși preocupă viața socială a grupului, acționează vag asupra sa. Neimplicat în evenimentele vii ale vieții, el nu este interesat de viața celor din jur, bucuriile și necazurile acestora ajungând la el doar în surdină.

**Rezonanță afectivă redusă**, diapazonul afectivității sale fiind restrâns. Astfel, evenimente cu o amplă conotație afectivă, ca pierderea unor persoane sau idealuri, nu pot determina o manifestare afectivă corespunzătoare.

**Slaba disponibilitate de a trăi eșecul, pierderea, frustrația**, ca și satisfacția, succesul, realizarea, este o consecință firească a reduselor disponibilități de rezonanță afectivă.

**Preferință pentru activități solitare sau desfășurate în izolare** (paznici de noapte, cercetători, cantonieri, pichetari) care ar fi greu suportate de cei mai mulți.

**Conduita neconvențională, neconformistă sau bizară**, este consecința logică a introversiei, detașării, nonimplicării și ignorării opiniei celorlalți.

## 6.2. Trăsături facultative sau asociate

**Înclinația spre introspecție și reverie.** În general, cei cu tulburare de personalitate schizoidă sunt oameni ai cărților și ai ideilor. Cu slabă forță de rezonanță afectivă și cu mari disponibilități reprezentativ-imaginative, acești oameni sunt mai impresionați de problemele teoretice și de situațiile din cărți, decât de faptele reale și vii ale vieții. Astfel, îndepărtați de politică și cu atât mai puțin militanți politici, ei elaborează doctrine politice sau curente filosofice, elaborează teoreme matematice sau dezvoltă ample interese pentru astronomie, domenii în care dovedesc nu numai competență ci și creativitate.

**Indiferență față de lauda sau critica celorlalți.** Detașați de realitate, cu o redusă capacitate de rezonanță afectivă, aceste persoane nu sunt sensibile atât față de aprecierile favorabile cât și de cele nefavorabile sau ostile.

**Preocupări reduse ori absente pentru activitatea sexuală și de aceea, cei mai mulți dintre ei nu se căsătoresc.**

## 6.3. Trăsături diferențiale

**6.3.1. Trăsături diferențial-culturale.** Anumite structuri psihice influențate cultural, ca și un anumit stil comportamental (cum este,

în general, comportamentul rural) pot fi expresia unei modelări culturale. Aceste influențe culturale se exercită prin activitățile predominant solitare ca și printr-o slabă comunicare.

**6.3.2. Trăsături diferențiale de vârstă.** Atunci când "apare în copilărie sau adolescență" (DSM-IV, 1994, p. 639), tulburarea de personalitate schizoidă se manifestă prin solitudine, relații colegiale reduse, ceea ce are drept consecință reducerea rezultatelor școlare.

**6.3.3. Trăsături diferențiale de sex.** Studii recente atestă faptul că tulburarea prezintă o prevalență mai înaltă la bărbați, raportul bărbați/femei fiind de 2/1. Se menționează totodată faptul că tulburarea implică un grad mai mare de disfuncționalitate la bărbați.

## 7. Evoluție

Întrucât este o structurare particulară a personalității, evoluția tulburării schizoide este îndelungată, de cele mai multe ori fiind egală pe parcursul întregii existențe.

## 8. Complicații

Actualmente se consideră că tulburarea de personalitate schizoidă "poate apare ca un antecedent premorbid al tulburării delirante, al schizofreniei sau al tulburării depresive majore" (DSM-IV, 1994, p. 639).

Totodată, situații psihotraumatizante sau intens stresante pot ocaziona apariția unor **episoade psihotice scurte**, a căror durată ar putea fi de minute sau ore.

## 9. Diagnostic diferențial

În cazul tulburării de personalitate schizoidă, prima problemă care se impune distincției este aceea a instanțelor sale superioare: tulburarea schizotipală și schizofrenia.

**Tulburarea schizotipală** se distinge de tulburarea schizoidă prin faptul că prezintă bizarerii, care pot fi observate la nivelul senzorialității, cogniției, conduitei și comunicării.

**Schizofrenia** nu prezintă în perioada premorbidă o istorie reușită sau performantă, așa cum constatăm deseori în cazurile de tulburare a personalității schizoide. În plus, aceasta a fost prezentă înaintea apariției psihozei și persistă după remiterea ei.

**Tulburarea depresivă cu simptome psihotice** se deosebește atât prin existența simptomatologiei depresive (care cu greu poate fi confundată cu trăsăturile tulburării de personalitate schizoidă), cât și



prin faptul că tulburarea depresivă este precedată și urmată de existența tulburării de personalitate.

**Tulburarea de personalitate paranoidă** se distinge prin implicarea și angajarea socială și mai ales prin comportamentul verbal amplu, elocvent, dominant.

**Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă** deși prezintă o aparentă detașare socială, se deosebește prin obsesionalitatea cu care își desfășoară activitatea, ca și prin anxietatea care-i acompaniază corectitudinea.

**Tulburarea de personalitate evitantă** are ca trăsătură comună izolarea socială, care însă aici este situațională, pe când în tulburarea schizoidă izolarea este structurală. Astfel, în tulburarea evitantă, izolarea este determinată de teama inadecvării și de anticiparea rejectării, trăsături care-i impun o excesivă prudență, care-l menține la distanță față de oamenii și evenimentele din ambianță.

#### 10. Abordare terapeutică

Din perspectiva terapeutică pot fi schițate trei modalități de abordare: aceea a psihoterapiei individuale, a psihoterapiei de grup și a psihofarmacologiei.

**10.1. Psihoterapia individuală** își poate alege metoda în funcție de următoarele considerente:

- deși distanți, pacienții prezintă mari disponibilități pentru dezvoltarea unei ambianțe terapeutice trainice;
- elementul (obiectivul) terapeutic esențial este teama de dependență a pacientului.

**10.2. Psihoterapia de grup** este indicată și, pentru astfel de pacienți, se dovedește eficientă. În desfășurarea procesului terapeutic pacientul trebuie protejat:

- în privința înclinației sale spre tăcere;
- împotriva agresivității din partea unor membri extravertiți sau expansivi ai grupului.

**10.3. Psihofarmacologia.** În funcție de situația clinică și pentru perioade scurte (de zile sau săptămâni), pot fi folosite doze reduse de antidepresive sau antipsihotice.

Element al triadei schizoid-schizotipal-schizofren, tulburarea schizoidă va beneficia (în perioadele sale de decompensare) de un tratament asemănător cu acela al schizofreniei. Totuși, din acest spectru terapeu-

tic, o indicație de elecție o are **Mirenul-ul (Flufenazina)**, probabil datorită acțiunii sale asupra condițiilor nonpsihotice. Sub formă de drajee care conțin 0,25 mg. sau 1 mg. **diclorhidrat de flufenazină**, **Mirenul-ul** poate fi administrat în doze "sedative" de 0,25 mg. (orele 17) și 0,50 mg. (orele 21) timp de câteva săptămâni.

Dintre produsele antidepresive, trebuie alese acelea care nu prezintă riscul "developării" manifestărilor psihotice; printre acestea menționăm **Herphonal-ul (Trimipramina)** pentru dubla sa acțiune (antidepresivă și anxiolitic-sedativă) în doze de 25 + 25 mg. (orele 17 și 21).

Un alt medicament căruia, pe măsura aprofundării observației sale, i se remarcă o tot mai certă acțiune antidepresivă este **Tanakan-ul**, administrat sub formă de soluție de 1 ml. x 3 pe zi, în timpul meselor.



Științele care sunt cele mai apropiate de nebunie

## TULBURAREA SCHIZOTIPALĂ A PERSONALITĂȚII

### 1. Istoric

Entitate nosografică slab delimitată clinic și insuficient validată științific, tulburarea schizotipală este situată la periferia spectrului psihotic, între schizofrenie și tulburările de personalitate. Astfel, Clasificarea Internațională a Maladiilor, în ultima sa ediție (ICD-X, 1992) include tulburarea schizotipală în aria schizofreniei, în timp ce Taxinomia predominant Americană, exprimată prin DSM-IV (1994), o înscrie printre Tulburările de Personalitate, fără a argumenta această opțiune și în relativ contrast cu amploarea manifestărilor clinice.

### 2. Definiție

Definițiile acestei condiții clinice constau în menționarea celor mai importante manifestări sau trăsături de personalitate. Astfel, tulburarea schizotipală este definită ca "un pattern pervaziv de deficit interpersonal sau social, marcat de un disconfort afectiv acut, de capacitate redusă pentru legături apropiate și de distorsiuni cognitive și perceptuale ilustrate prin excentricități comportamentale" (DSM-IV, 1994, p. 645).

Din perspectivă mai generală și totodată mai psihiatrică, tulburarea schizotipală este definită prin "comportament excentric și anomalii de gândire și de afectivitate care se aseamănă cu cele din schizofrenie" (ICD-X, 1992, p. 95).

### 3. Sinonimii, includere

Tulburarea schizotipală a personalității cuprinde o largă arie de sinonimii, toate referitoare la schizofrenie. Astfel, anumite forme particulare, întotdeauna marginale, ale schizofreniei sunt incluse actualmente în aria tulburării schizotipale. Printre acestea se citează: **schizofrenia latentă, schizofrenia pseudonevrotică, schizofrenia pseudopsihopatică, schizofrenia pseudoprodromală, schizofrenia prepsihotică, schizofrenia borderline.**

### 4. Factori corelativ-etologici

Tulburarea schizotipală prezintă o mai înaltă prevalență printre rudele biologice ale pacienților cu schizofrenie, fiind totodată "con-

siderată ca o parte a spectrului genetic al schizofreniei" (ICD-X, 1992, p. 96).

Sub alt unghi, rudele pacienților cu tulburare schizotipală prezintă un risc mai înalt pentru schizofrenie comparativ cu rudele probanzilor cu alte tulburări de personalitate.

### 5. Date epidemiologice

Conform unor observații recente, "tulburarea schizotipală prezintă o prevalență de 3% din populația generală" (DSM-IV, 1994, p. 643). Accepția diferită acordată noțiunii de "schizotipal", dar mai ales modul diferit de examinare a pacienților, au determinat diferențe în diagnosticare, cu repercusiuni în încadrare și implicit în evaluarea prevalenței acestei condiții. Astfel,

- la o evaluare clinică globală, prevalența tulburării schizotipale este de 2% din populația generală, în timp ce

- "evaluările simptomatice, bazate pe criterii standardizate indică o prevalență de 10-20% din populația generală" (G. J. Gunderson, Katharine Phillips, 1995, p. 1436).

### 6. Debut

Tulburarea schizotipală apare la adultul tânăr, deși trăsături de personalitate relativ specifice pot fi constatate și la adolescent.

### 7. Trăsături psihologice și psihopatologice

#### 7.1. Trăsături caracteristice sau esențiale

**Aspecte particulare și excentricități în comportament și în prezentare.** Astfel, comportamentul expresiv ca și aspectul vestimentar al pacientului schizotipal prezintă un aspect particular și nu rareori bizar.

**Rezonanță afectivă redusă,** cu slabe capacități de reacție la situații stresante, psihotraumatizante sau frustrante.

**Relaționare slabă,** cu sociofobie și absența prietenilor sau a confidenților. Introversiți prin excelență, acești oameni par a avea o lume interioară suficient de bogată pentru a-i menține într-un anumit grad de detașare față de lumea reală, concretă, a faptelor și a evenimentelor.

**Ideație dominată de convingerea că posedă însușiri rare,** particulare, ilustrate prin clarviziune, capacitate de premoniție, telepatie sau superstiție.

Pe lângă aceste trăsături de personalitate, redăm trei caracteristici

clinice care, depășind consensul celor două taxinomii internaționale, ilustrează o penibilă identitate, și anume:

"Gândire vagă, circumstanțială, metaforică, hiperelaborată sau stereotipă".

"Suspiciozitate sau ideație paranoidă".

"Experiențe perceptuale neobișnuite care includ iluzii somato-senzoriale (iluzii corporale) sau alte iluzii, depersonalizare sau derealizare" (ICD-X, 1992, p. 96, DSM-IV, 1994, p. 625).

### 7.2. Trăsături facultative sau asociate

**Convingeri insolite, ciudate sau gândire magică**, ce determină un comportament particular al persoanei, nonconcordant cu normele, regulile și obiceiurile grupului cultural căruia îi aparține.

**Anxietatea de fundal cu conținut predominant social**, față de care persoana nu dezvoltă idei și atitudini contrare, fapt care contravine unei stări și conduite obsesive.

**Episoade psihotice tranzitorii**, de foarte scurtă durată (minute sau ore), caracterizate clinic prin iluzii, manifestări halucinatorii (predominant auditive) și idei prevalente sau delirante. Astfel de manifestări psihotice "survin, de obicei, fără o cauză externă" (ICD-X, 1992, p. 96). Etiologia acestor episoade este contradictorie. Astfel, se consideră că ele "survin, de obicei, fără o cauză externă" (ICD-X, 1992, p. 96), după cum se consemnează că "apar ca răspuns la stres" (DSM-IV, 1994, p. 642).

### 7.3. Trăsături clinice diferențiale

**7.3.1. Trăsături diferențial-culturale.** Desigur, anumite trăsături de personalitate, ca de exemplu aspecte de gândire magică, trebuie evaluate în contextul mediului cultural, al credințelor, ritualurilor și obiceiurilor persoanei respective.

**7.3.2. Trăsături diferențiale de vârstă.** Rareori, când tulburarea schizotipală apare în copilărie sau în adolescență, tabloul clinic este dominat de introversie, solitudine, slabă relaționare cu colegii, fantezii bizare, gândire paralogică, reducerea randamentului școlar etc.

**7.3.3. Trăsături diferențiale de sex.** Conform observației spontane, tulburarea schizotipală prezintă o mai mare prevalență la bărbați comparativ cu femeile. La acestea tabloul clinic este dominat de distorsiuni cognitive, elaborări fanteziste și producții imaginative.

## 8. Evoluție

Tulburarea schizotipală prezintă o evoluție extrem de îndelungată, de cele mai multe ori eșalonată pe parcursul întregii existențe a persoanei. Ea poate prezenta fluctuații ale manifestărilor clinice, cu reducerea sau exacerbarea acestora, ocazionând așa numitele "decompensări" care impun tratament psihofarmacologic specific.

### 8.1. Relația tulburare schizotipală/schizofrenie

În mod tradițional se consideră că tulburarea schizotipală constituie "personalitatea premorbidă" a schizofreniei. Actualmente, problema personalității premorbide, relativ specifice fiecărei entități nosografice, a intrat în conul de umbră al dezinteresului, datorită progreselor înregistrate în descifrarea factorilor etiologici.

În privința tulburării schizotipale, "studii retrospective au arătat că mulți bolnavi considerați a fi suferit de schizofrenie, aveau de fapt o tulburare schizotipală a personalității" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J.A. Grebb, 1994, p. 737), manifestările lor clinice nefiind decât exacerbări ale trăsăturilor de personalitate mai sus-menționate.

Din perspectiva raportului dintre tulburarea schizotipală și schizofrenie, actualmente sunt acreditate următoarele aserțiuni conform cărora:

- tulburarea schizotipală este o entitate nosografică din spectrul schizofreniei;

- "uneori, tulburarea schizotipală trece în schizofrenie manifestă" (ICD-X, 1992, p. 96).

### 9. Comorbiditate

Relațiile mai susmenționate aduc în discuție problemele de comorbiditate care, până acum, au fost ignorate. De fapt, nu se puteau accepta două boli concomitente ale psihismului, una dintre ele apreciată ca secundară, fiind considerată ca o complicație a afecțiunii primare. În mod concret, printr-o riguroasă analiză diferențială, în ultimă instanță trebuia să rămână o singură boală.

Actualmente, nosografia modernă și, în primul rând, DSM-IV, (1994) acceptă existența concomitentă a două entități nosografice, una constituind, de obicei, fundalul pentru cea de a doua. Tulburările de personalitate oferă numeroase exemple în acest sens. Astfel, diagnosticul diferențial își oprește la un moment dat rigoarea excluderii, lăsând loc **diagnosticului adițional**.



zintă, în plus, ciudătenia și excentricitatea conduitei, care fac din pacientul schizotipal un izolat particular și bizar. În același timp, distorsiunile sale perceptivă și, mai ales, cognitive îl deosebesc de cel care prezintă tulburare schizoidă a personalității.

**Tulburarea evitantă a personalității** prezintă, ca trăsătură comună cu tulburarea schizotipală, slaba relaționare. Spre deosebire de schizotipal, care, prin structura personalității sale, nu simte nevoia relaționării sociale, persoana evitantă nu inițiază relații de teama obsesională și, nu mai puțin, structurală de a fi inoportun, inadecvat și mai ales rejectat.

**Tulburarea paranoidă a personalității** prezintă nu atât o retragere socială, cât mai ales o anumită distanțare și rezervă în relaționare, determinate de convingerea asupra disponibilităților sale superioare, ca și de minimalizarea sau desconsiderarea celorlalți. În plus, cei cu tulburare paranoidă a personalității sunt ferm axați și puternic motivați pe linia unor acțiuni sau planuri; ei sunt oameni care "știu ce vor" și, în consecință, sunt oameni acreditați succesului, spre deosebire de cei cu tulburare schizotipală, care se complac într-o lume a fanteziilor nerealiste sau chiar a fantasmelor foarte îndepărtate și rupte de realitate. Sub acest unghi, ei sunt opuși celor cu tulburare paranoidă a personalității, sunt oameni care "nu știu ce vor" sau care "nu știu pe ce lume trăiesc".

**Tulburarea borderline a personalității** prezintă, ca și tulburarea schizotipală, un anumit grad de izolare socială. În borderline însă, izolarea nu este de sorginte structurală, ci este secundară eșecurilor înregistrate în relațiile interpersonale. În tulburarea schizotipală izolarea este primordială și nativă, pe când în tulburarea de graniță este fenomenal-conjuncturală, derivată și situativă.

### 13. Abordare terapeutică

**13.1. Abordarea psihoterapeutică.** Fără a fi specifică, terapia psihologică a tulburărilor schizotipale este în mare măsură asemănătoare cu aceea din cadrul altor tulburări de personalitate și, în primul rând, cu psihoterapia tulburării schizoide. Totuși, unele recomandări psihoterapeutice, relativ specifice acestei condiții clinice, se referă la:

- ideile și credințele pacientului care, fără a fi delirante, sunt pregnant încrustate, practic structurate în personalitatea schizotipală;
- nerealiste, surprinzătoare sau bizare, aceste convingeri, idei și

credințe puternic statuate, nu pot fi ușor schimbate, ceea ce impune:

- grija și discreția psihoterapeutului, ca acestea să nu fie negate sau ridiculizate, nici judecate sau condamnate, ca și
- răbdarea, abilitatea și oportunitatea încercărilor psihoterapeutului ca ele să fie estomate, slăbite, destructurate.

**13.2. Abordarea psihofarmacologică.** Ca intervenție episodică, psihofarmacologia trebuie corelată cu fenomenologia clinică. Astfel:

- **distorsionarea cognitivă** ca și **ideația referențială** poate beneficia de neuroleptice cu acțiune farmacodinamică predominant antipsihotică, de exemplu **Clorpromazina** 1 - 2 drajeuri pe zi (respectiv 25 - 50 mg.) cu administrare vespérală, orele 17 și 21;

- **episoadele depresive** sau (în altă accepție) **decompensările depresive**, atât de frecvent întâlnite în tulburarea schizotipală, pot fi remise prin tratament cu **Hydiphen** drajeuri de 25 mg (50-75 mg/zi) sau fiole (de 2 ml) 25 mg, i.m. cu administrare vespérală;

- comorbiditatea cu **distimă**, ca și **depresia comună** care se dezvoltă pe fundal schizotipal, au răspuns favorabil la administrarea unui nou produs, **Tanakan** (E. Gb. 761) un extract standardizat de **Ginkgo-Biloba**. Acesta se administrează sub formă de soluție buvabilă, 1 ml (40 mg extract pur) reprezentând o doză, sau sub formă de tablete (1tb. = doză), posologia obișnuită fiind de 2-3 doze pe zi (respectiv 2-3 ml soluție sau 2-3 tablete). Pentru pacienții schizotipali, în general noncomplanți la tratamentul psihotrop, acest nou medicament este indicat și pentru faptul că nu prezintă efecte secundare negative, interacțiuni cu alte medicamente și nici contraindicații.

## TULBURAREA DISSOCIALĂ A PERSONALITĂȚII

Este categoria care reprezintă peste 75% din populația penitenciarelor, acești oameni ocazionând majoritatea infracțiunilor. Această entitate depășește ariile psihiatriei clinice și conferă conținut psihologiei juridice.

### 1. Definiție

Tulburarea disocială se caracterizează printr-un pattern pervaziv de sfidare și violare a normelor, regulilor și obligațiilor sociale și, implicit, a drepturilor celorlalte persoane.

Sub alt unghi se consideră că "tulburarea de personalitate antisocială este caracterizată prin acte antisociale continue, fără a fi sinonimă cu criminalitatea... ci, mai degrabă cu incapacitatea de a se conforma normelor sociale" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb, 1994, p. 737.)

Mai succint, dar și mai elocvent, tulburarea de tip disocial este definită "printr-un pattern pervaziv de indiferență, desconsiderare sau (chiar) violare a drepturilor celorlalți" (J. G. Gunderson, Katharine A. Phillips, 1995, p. 1441)

### 2. Sinonimii, includere

Tulburarea de tip disocial a personalității cuprinde numeroase alte denumiri din istoria recentă a acestui spectru nosografic printre care menționăm: **personalitate amorală, personalitate sociopată, sociopatie, personalitate antisocială.**

### 3. Factori corelativ-etiologici

Se consideră că tulburarea disocială prezintă un substrat organic evidențiat printr-o atingere cerebrală minimală, obiectivată prin examen electroencefalografic.

Pe de altă parte, se poate evidenția un pattern familial ereditar, ilustrat prin următoarele observații:

- tulburarea este mai frecventă la rudele biologice de gradul I ale celor cu personalitate disocială, comparativ cu populația generală;
- riscul pentru rudele biologice ale disocialilor de a dezvolta tulburarea este mai mare pentru femei decât pentru bărbați;

- pe de altă parte se consideră că tulburarea disocială "este de cinci ori mai frecventă printre rudele de gradul I ale bărbaților cu această tulburare decât în rândul subiecților de control" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb, 1994, p. 738);

- atât la copiii adoptați, cât și la copiii biologici ai celor cu tulburare disocială, se constată un risc mai mare pentru această tulburare decât pentru martori;

- familia de adopțiune exercită o influență incontestabilă asupra dezvoltării tulburării disociale;

- studiile pe copiii adoptați ai disocialilor au demonstrat că atât factorii genetici cât și factorii ambiental-educationali contribuie la realizarea riscului pentru tulburarea disocială;

- rudele biologice ale disocialilor prezintă ceea ce putem denumi un **risc adițional pentru toxicomanie și pentru tulburarea de somatizare;**

- riscul adițional al rudelor biologice ale pacientului disocial cunoaște un raport diferențial în sensul că:

- descendenții bărbați ai pacientului disocial prezintă un risc mai înalt pentru toxicomanie, în timp ce

- descendenții de sex feminin prezintă un risc mai mare pentru tulburarea de somatizare.

### 4. Date epidemiologice

Această condiție de personalitate cunoaște o prevalență de aproximativ 4% din populația generală. În ceea ce privește populația clinică, prevalența ei este de aproximativ 15%, iar "în secțiile de dezalcoolizare ca și în cele psihiatrico-judiciare proporția lor este de peste 30% din totalul pacienților" (DSM-IV, 1994, p. 648).

### 5. Debut

Tulburarea apare înaintea vârstei de 15 ani, iar la fete primele trăsături sunt schițate înaintea pubertății. Totuși, datorită caracterului procesual al formării personalității, diagnosticul poate avea certitudine numai după cristalizarea acestui proces, adică la vârsta adultă tânără. Probabil de aceea se precizează că diagnosticul de tulburare disocială "nu poate fi pus înaintea vârstei de 18 ani" (DSM-IV, 1994, p. 647).

### 6. Trăsături psihologice și psihopatologice

#### 6.1. Trăsături caracteristice sau esențiale

**Sfidarea și violarea normelor, regulilor și obligațiilor sociale.** Acest tip de personalitate prezintă practic o incapacitate de a se

conforma normelor social-admise ale grupului, individualității și drepturilor celorlalți. În general, se poate considera că ei au o agenezie a spiritului justițiar și moral. Numai prin această agenezie etică poate fi explicat disprețul cinic și constant al normelor de conviețuire socială.

**Conduita insensibilă, arogantă și disprețuitoare** la drepturile, sentimentele și suferințele celorlalți.

**Lipsa de regret, de remușcare sau a sentimentelor de culpabilizare** referitoare la actele sale reprobabile sau condamnabile.

**Disponibilitatea de continuă reiterare a actelor** sale indezirabile.

**Iritabilitate, impulsivitate, manifestări clactice și agresivitate** la contrariere, opoziție sau incitare. Persoana disocială prezintă o slabă toleranță la frustrație și un prag scăzut la descărcare prin violență și agresivitate.

**Ignorarea expectațiilor negative și a consecințelor**, uneori catastrofale, generate de conduita lor impulsivă, ceea ce îi conduce la ruina economică și privare de libertate.

**Incapacitatea de a învăța din experiențele negative și din sancțiunile primite**, ceea ce determină continua reiterare a actelor reprobabile.

**Tendința de a blama și injuria** pe alții, cu disponibilitatea unor raționalizări "plauzibile" ale comportamentului lor conflictual.

**Incapacitatea de a menține relații autentice și durabile**, deși le poate iniția cu ușurință.

## 6.2. Trăsături facultative sau asociate

**Instabilitate psihică** ce poate fi constatată în plan relațional, profesional și sentimental. Astfel, la incapacitatea lor de a menține relații interpersonale autentice și trainice, se adaugă imposibilitatea de a menține mai multă vreme o activitate profesională sau lucrativă. Totodată ei sunt incapabili de a menține o relație sentimentală sau sexuală, existența mai multor parteneri sexuali fiind comună.

**Ignorarea problemelor personale curente sau de perspectivă**, ceea ce conduce la eșec material și în autosusținere, ei fiind candidații categoriei celor "fără de acoperiș".

**Siguranță de sine, aroganță, supraestimare și dispreț pentru muncă**, pe care o consideră înjositoare.

**Aspect și ținută corectă, agreabilă**, volubilitatea în comunicare, disponibilități formale, uneori seducătoare.

**Antecedentele personale relevă zone cenușii, neclare ale existenței**, în care o **autopsie psihologică** distinge minciuna, fățărnicia, înșelăciunea, evaziunea și numeroase alte acte ilegale sau, în orice caz, imorale.

## 6.3. Trăsături diferențiale

**6.3.1. Trăsături diferențial-culturale.** Tulburarea disocială este întâlnită cu o mai înaltă prevalență în zonele urbane defavorizate, în special la persoane cu statut socio-economic scăzut. Pe de altă parte, tulburarea disocială prezintă o corelație pozitivă cu gradul de urbanizare și cu procentul rezidenților mobili ai acelor zone.

**6.3.2. Trăsături diferențiale de vârstă.** Tulburarea disocială este anunțată încă din copilărie, când se manifestă prin instabilitate psihică, lipsă de toleranță și de răbdare, agresivitate și manifestări sadice. Cu debutul propriu-zis în perioada prepubertară, tulburarea disocială se cristalizează la adolescență, însoțind persoana în cauză asemenea unei sumbre paralele de amoralitate, de-a lungul întregii sale existențe.

**6.3.3. Trăsături diferențiale de sex.** Conform observațiilor actuale, tulburarea disocială cunoaște o prevalență de trei ori mai mare la bărbați. Totuși, se consideră că tulburarea disocială este subevaluată și deci subdiagnosticată la femei datorită:

- gradului mai redus de impulsivitate și de agresivitate;
- capacității mai mari de disimulare a tulburării de către femei;
- toleranței mai mari a grupului social față de actele infracționale ale femeii.

## 7. Evoluție

Se consideră că evoluția tulburării disociale este continuă, urmând o linie ascendentă care atinge un maximum în adolescența târzie. Ulterior, se înregistrează o reducere a manifestărilor, pe măsura avansării în vârstă. Conform altor observații, avansarea în vârstă poate aduce remisiunea, deși este posibil ca reducerea elanului vital prin îmbătrânire să pună în surdină manifestările disociale.

## 8. Complicații

Dintre toate tulburările personalității, tulburarea disocială este susceptibilă să înregistreze cele mai numeroase și neașteptate com-

plicații. Nu este mai puțin adevărat, că **manifestările pe care le înscrinem aici, în paragraful complicații, pot fi considerate ca posibile evoluții.**

**Alcoolomania și toxicomania** sunt cele mai redutabile complicații ale tulburării disociale; aceste complicații apar, cu precădere, la bărbați, dar nu trebuie omis faptul că femeile au o mai mare disponibilitate de a disimula aceste condiții.

Totodată, menționăm faptul că tulburarea disocială și alcoolomania sau toxicomania se condiționează reciproc. Tocmai de aceea, în secțiile de alcoolomanie (narcologie), o treime din pacienți prezintă tulburare disocială a personalității.

**Tulburarea de somatizare** constituie o complicație care apare cu precădere la femeile cu tulburare disocială.

**Tulburarea ciclotimică** nediagnosticată, ilustrată în prima parte a existenței prin faze expansive (care-i condiționează volubilitatea, sociofilia, judecata superficială și conflictualitatea), iar în senescență prin faze depresive de amplitudine clinică.

**Suicidul** poate constitui o complicație fatală, el nefiind o consecință a depresiei, cât mai ales a tentativelor demonstrative și veleitare. În condițiile unor astfel de tentative, disocialul poate, prin eroare sau din întâmplare, să treacă în "lumea umbrelor" fără să fi avut o autentică pulsione suicidală.

### 9. Diagnostic diferențial

Printr-o anamneză atentă, urmărind complicata traiectorie a existenței persoanei în cauză, diagnosticul pozitiv și, implicit, diferențial nu constituie o problemă. Totuși, în cadrul diagnosticului pozitiv, pentru a evita orice eventualitate de disimulare, unii clinicieni recomandă "interviul sub stres" prin care pacientul este confruntat, fără menajamente, cu inconsecvențele din antecedentele sale.

Sub aspectul diagnosticului diferențial, se poate avea în vedere:

- schizofrenia dispozițional-expansivă cu manifestări disociale;
- tulburarea dispozițional-expansivă cu manifestări disociale;
- alte tulburări de personalitate, în special histrionică și narcisică.

**Schizofrenia** cu manifestări disociale se distinge de tulburarea disocială prin:

- existența semnelor și simptomelor psihotice,

- incapacitate sau slabă disponibilitate de testare a realității,
- evoluție episodică.

**Tulburarea dispozițională expansivă (mania)** cu manifestări disociale prezintă ca elemente clinice distinctive:

- ideea de supraestimare sau grandoare,
- slabă elocvență și capacitate de argumentare,
- evoluție episodică.

**Tulburarea de personalitate de tip histrionic** prezintă numeroase elemente clinice comune cu tulburarea disocială, printre care superficialitatea afectelor, capacitatea de seducție, lipsa de scrupule și disponibilitatea de manipulare. Totuși, tulburarea disocială se deosebește de tulburarea histrionică, prin absența manifestărilor histrionice ca și prin reacțiile emoționale intense.

**Tulburarea de personalitate narcisică** se distinge de tulburarea disocială prin: cheta de afecțiune și admirație, conduita demonstrativă, lipsa de impulsivitate și agresivitate, lipsa antecedentelor de conduită disocială.

### 10. Abordare terapeutică

**10.1. Abordarea psihoterapeutică.** Tratamentul de elecție în tulburarea disocială este **psihoterapia** care, aici, va trebui să țină seama de anumite reguli și anume:

- desfășurarea curei în condiții de spitalizare, pentru a reduce la maximum influențele exterioare perturbatoare;
- instituționalizarea psihoterapiei, situație care îi sporește în mod semnificativ atât fiabilitatea cât și eficiența;
- stabilirea unei alianțe terapeutice se impune aici în mai mare măsură decât în cazul altor condiții;
- un obiectiv inițial și primordial al psihoterapeutului este acela al conștientizării refuzului pacientului de a stabili relații umane oneste.

**10.2. Tratamentul psihofarmacologic.** Psihotropele pot fi folosite în mod sporadic pentru a reduce manifestări clinice ca anxietatea, agresivitatea sau depresia. Ținând seama de potențialul toxicomanic al acestor persoane, recomandăm evitarea tranchilizantelor și administrarea de neuroleptice, deși în tulburarea disocială nu există manifestări psihotice.

În ultimii ani s-a încercat reducerea comportamentului impulsiv și a potențialului agresiv cu substanțe antiepileptice (mai ales în



situațiile în care traseele bioelectrice prezentau semne de microleziuni cerebrale), dar rezultatele terapeutice nu au fost edificatoare.

Cu toate acestea, mai poate fi încercat tratamentul cu **Carbamazepină (Finlepsin)**, câte o tabletă de 200 mg. seara. Nu se recomandă creșterea acestei doze, întrucât ținem seama de:

- semiviața substanței, care este de aproximativ 20 de ore;
- riscul (de 10%) pentru apariția unor leucopenii "benigne", care impun, totuși, întreruperea tratamentului.

O reclamă activă și insistentă i s-a făcut **Neuleptil-ului (Periciazinei)**, un neuroleptic acreditat ca "medicament al socializării", "al relaționării" etc. El poate fi administrat sub formă de soluție (5+5 picături pe zi) adică 5+5 mg. sau o capsulă de 10 mg. vesperal.



Un om are o imagine urâtă

## TULBURAREA BORDERLINE A PERSONALITĂȚII

Tulburare de personalitate heteroclită, lipsită de consistență și structură internă, cu manifestări incongruente și relațional-contradictorii, această nouă entitate clinică nu se bucură încă, la aproape două decenii de la descriere, de o validitate nosografică satisfăcătoare.

Cu nume predestinat - **borderline** - această tulburare de personalitate prezintă trăsături și manifestări clinice nespecifice, provenite din principalele arii nosografice: a nevrozelor, a psihozelor și, desigur, a tulburărilor de personalitate.

### 1. Izvoare nosografice ale celei mai noi entități clinice

Această nouă condiție clinică, aflată încă în căutarea identității, își găsește izvoarele nu în inima psihiatriei, în cercetarea clinică psihiatrică, așa cum ne-am fi așteptat, ci în arii întrucâtva marginale cercetării psihopatologice. Astfel:

- **psihologii**, în investigațiile lor paraclinice, axate în special pe tehnici proiective (**Testul Apercepției Tematice**, **Testul Rorschach**, **Testul Szondi** etc.), au constatat la anumiți pacienți aspecte psihopatologice surprinzătoare, asemănătoare cu cele întâlnite în psihoze, mai ales în ariile senzoriale și dispoziționale ale acestora;

- **psihanaliștii**, în cadrul curelor de psihoterapie (desigur psihanalitică) au constatat, la rândul lor, la unii pacienți care nu erau psihotici, regresii surprinzător de severe, care, în mod obișnuit, nu erau întâlnite decât în psihoze;

- **psihoterapeuții nonpsihanaliști**, în cadrul unor psihoterapii superficiale, în special suportive, au constatat că eforturile lor de a realiza o "alianță terapeutică" sau numai o relație terapeutică suportivă, erau primite cu ostilitate de către anumiți pacienți, care dezvoltau chiar conduite de contratransfer negativ;

- **personalul de îngrijire inclus în echipa terapeutică** a acestor pacienți, era surprins de severitatea regresiei lor comportamentale, ca și de faptul că în conduita lor apăreau cu ușurință atitudini paranoide.

Astfel de observații, provenite din mai multe direcții, au generat

etichetări variate ale acestor pacienți, care nu aparțineau în mod cert niciunei categorii nosografice. Ei au primit cu precădere apelativul "de graniță" (borderline) sugerându-se prin acestea că ar putea fi situați la marginea psihozei.

Pe de altă parte, din perspectiva psihopedagogiei cercetării, noi psihiatrii, dacă putem să depășim această rană narcisică, va trebui să recunoaștem că:

- încă nu ni s-a spus totul despre cunoașterea clinică a pacientului psihic;

- numai cei ce au răgazul de a rămâne mai mult timp în fața pacientului (ca de exemplu în cadrul investigațiilor sau al psihoterapiei) pot releva aspecte noi din lumea inefabilă a trăirilor sale.

## 2. Istoria tulburării borderline a personalității

Cu aproximativ trei decenii în urmă, în literatura psihiatrică au început să apară observații asupra "Sindromului de graniță". La genul proxim de "sindrom" diferența specifică "de graniță" (borderline) avea drept accepție zona dintre psihismul normal și psihoză care, de fapt, nu a fost niciodată satisfăcător marcată.

La origini, această noțiune incertă, încărcată de ambiguitate, nu desemna de fapt o boală, ci acoperea o zonă jenantă pentru psihiatri, pe care, până atunci, scria "hic is leone".

Ulterior, la finele deceniului opt al secolului nostru, prin studiile lui J. C. Gunderson (1978), R. Spitzer et. al. (1979), și Kroll et. al. (1981), tulburarea capătă consistență clinică, este integrată în aria psihopatiilor și primește recunoașterea nosografică prin includerea sa în DSM-III (1980).

## 3. Accepții semantice

Din perspectiva euristică, termenul însuși, borderline, prezintă o conotație polisemică, ceea ce impune o succintă analiză a semnificațiilor sale. Astfel, în scurta sa istorie, acest termen a exprimat:

- **granița dintre psihoză și normalitatea psihică;**

- **o formă ușoară de schizofrenie**, o schizofrenie de graniță, care, la rândul ei, a primit de-a lungul timpului și alte denumiri: **schizofrenie latentă, schizofrenie ambulatorie, schizofrenie moale, schizofrenie ștearsă, schizofrenie pseudonevrotică, schizofrenie de spectru etc.;**

- **un subtip de tulburare a personalității**, pe care experții OMS

l-au prezentat atât alături de personalitatea emoțional-instabilă, cât și superpozabil acesteia;

- **o tulburare propriu-zisă de personalitate**, cu statut legitim în aria acestui grup nosografic;

- **o entitate nosografică independentă**, situată la granița dintre nevroze și psihoze și ilustrată prin accese coleroase, clastice și prin dificultăți de relaționare.

## 4. Sinonimii, includere

**Tulburarea borderline a personalității**, deși a căpătat o acreditare internațională prin includerea sa în ultimele ediții ale **Clasificării Internaționale a Maladiilor**, ca și în ultimele ediții ale **Manualului Diagnostic și Statistic**, cunoaște și alte noțiuni sinonime, printre care se menționează: **Stare de graniță, Sindrom de graniță, Caracter psihotic, Psihoză de graniță, Schizofrenie pseudonevrotică.**

## 5. Definiție

Tulburarea borderline este ilustrată în plan clinic printr-un "pattern pervaziv de instabilitate a relațiilor interpersonale, a imaginii de sine, a afectelor și o impulsivitate accentuată" (DSM-IV-1994, p. 654). Aceeași definiție poate fi regăsită și în "Borderline Personality Disorder" (J. G. Gunderson, Katharine A. Phillips, 1995, p.1438).

## 6. Factori corelativ-etologici

**6.1. Factori de heritabilitate.** Existența unui pattern familial este elocventă în tulburarea **borderline**, ea fiind de cinci ori mai frecventă printre rudele biologice de gradul întâi ale pacienților schizofreni, comparativ cu populația generală. De asemenea, "la rudele de gradul întâi ale pacienților cu tulburare borderline, se constată o prevalență superioară a depresiei majore, alcoolomaniei și toxicomaniei" (H. I. Kaplan et. al., 1994, p. 534).

**6.2. Factori neurofiziologici.** Studii recente au evidențiat un prag scăzut de excitabilitate în sistemul limbic, observație care ar putea fi corelată cu labilitatea afectivă și cu impulsivitatea acestor pacienți.

**6.3. Factori electrofiziologici.** Investigațiile electrofiziologice efectuate asupra pacienților cu tulburare **borderline** sunt superpozabile cu acelea întâlnite în tulburarea depresivă severă. Ca și aici, în tulburarea **borderline** s-a constatat:

- reducerea perioadei de latență REM (a mișcărilor rapide ale globulilor oculari);

- reducerea timpului de somn total și
- frecvente întreruperi ale continuității somnului.

**6.4. Factori biochimici.** Există actualmente date care evidențiază "deficiențe în metabolismul central al serotoninei" (J. G. Gunderson, 1989, p. 1389), care ar putea fi corelate cu disforia, impulsivitatea și depresia, atât de frecvent întâlnite în tulburarea **borderline** a personalității. Totodată, aici, ca și în depresiile majore, au fost înregistrate rezultate pozitive

- atât la testul de supresie la dexametazonă,
- cât și la testul de eliberare a tireotropului.

**6.5. Factori psihopatologici.** Considerăm că tulburarea **borderline** cunoaște resorturi psihopatologice profunde, observație care poate fi argumentată prin:

- **manifestări psihotice** (neîntâlnite în nici-o altă tulburare de personalitate) care irump în planul fenomenologiei clinice în mod spontan, dar mai ales în urma unor situații psihotraumatizante sau stresante;

- **rezultate psihologice** sever perturbate la teste și tehnici ne-structurate, ca de exemplu tehnicile proiective (**Testul Rorschach**, **Testul Apercepției Tematice**, **Testul Szondi** etc.);

- în mod aparent surprinzător, rezultatele la chestionare și scale (structurate și semistructurate) sunt în limite normale.

Aceste date relativ concordante (în pofida faptului că provin din domenii atât de diferite), confirmă faptul că, din perspectivă etiologică, această condiție clinică ar constitui "calea finală comună a unor factori nonspecifici, neurobiologici, de dezvoltare și socializare" (J. G. Gunderson, 1989, p. 1389).

### 7. Date epidemiologice

După cum în deceniile trecute se sublinia faptul că psihopatia impulsivă (respectiv emoțional-instabilă) cunoaște cea mai înaltă prevalență din ansamblul psihopatiilor, tot astfel, actualmente, tulburarea **borderline**, care i-a preluat cele mai multe atribute clinice, "reprezintă 30-60% din ansamblul tulburărilor de personalitate" (DSM-IV, 1994, p. 652).

În ceea ce privește prevalența tulburării **borderline** în ansamblul

tulburărilor psihiatrice, se apreciază că, în populațiile clinice de pacienți, internați și ambulatori, "prevalența variază între 15 și 25%, această condiție fiind, la distanță, cea mai comună formă de tulburare a personalității" (J. G. Gunderson, 1989, p. 1388). Conform altor studii, prevalența tulburării **borderline** constituie:

- 10% din ansamblul pacienților psihiatrici tratați în condiții ambulatorii și

- 20% din numărul pacienților din spitalele de psihiatrie.

În cadrul populației generale, tulburarea **borderline** reprezintă 1-2% (H. I. Kaplan et al., 1994, p. 534) și respectiv 2-4% conform altor cercetări.

### 8. Debut

Asemenea celor mai multe tulburări de personalitate, tulburarea **borderline** debutează la vârsta adultă tânără.

Se apreciază însă că diagnosticul se pune relativ târziu, față de debutul propriu-zis al tulburării, respectiv aproape de 40 de ani, când această condiție devine evidentă în urma eșecurilor repetate ale pacientului de a se integra în realitate.

### 9. Trăsături psihologice și psihopatologice

Menționăm faptul că, deși înscrisă în aria tulburărilor de personalitate, aceasta, tulburarea **borderline**, este singura care a beneficiat de scale diagnostice specifice, instrumente care erau bazate pe un grad semnificativ de structurare. Printre acestea menționăm:

- **Interviul Diagnostic pentru pacienți Borderline** (J. G. Gunderson);

- **Scala Tulburării Personalității Borderline** (J. C. Perry);

- **Interviul Structurat pentru Organizarea Personalității Borderline** (O. Kernberg).

Este fără îndoială faptul că aceste mijloace psihologice de discriminare și fixare a trăsăturilor clinice au constituit un puternic element de susținere a acestei controversate entități clinice.

#### 9.1. Trăsături caracteristice sau esențiale

**Intensitatea și versatilitatea relațiilor interpersonale.** Relațiile interpersonale sunt intense, dar foarte schimbătoare sub aspectul conținutului afectiv, care poate trece de la o extremă la alta fără motive reale și în mod rapid.

**Binomul dispozițional în raportul interpersonal.** Față de ace-

eași persoană, pacientul poate dezvolta o stare afectivă intens pozitivă, exprimată prin dependență și admirație nelimitată, pentru ca, în urma unei insatisfacții sau frustrații, să exprime furie și reacție.

**Reacții impulsiv-agresive la incitații minime.** Eșecuri, pierderi, frustrații, dar mai ales contrarii, determină reacții ample, hipermetrope, cu dezlănțuiri clastice și agresive, incontroabile.

**Intoleranța solitudinii.** Persoanele cu tulburare borderline prezintă o marcată indisponibilitate pentru starea de singurătate; solitudinea le creează disconfort și anxietate, care îi determină la o căutare frenetică a companiei, în pofida faptului că aceasta poate fi sub expectațiile sale.

**Sentimentul de vid interior.** Este o stare elocvent trăită dar greu definită de către cei în cauză, care vorbesc de "un gol interior", "sentimente de imensă plictiseală" sau "de zădărnicie".

**Sentimentul inconsistenței și dispersiei identității,** descris ca "neregăsire de sine", ca "instabilitate a imaginii de sine", ca "dificultatea sau inautenticitatea trăirii" propriei existențe.

## 9.2. Trăsături facultative sau asociate

**Reactivitatea și instabilitatea dispoziției,** care, în mod spontan sau reactiv, dezvoltă stări de disforie episodică, ilustrate prin iritabilitate, depresie sau anxietate; durata lor este variabilă, fiind cuprinsă între câteva ore și câteva zile.

**Comportamentul imprevizibil,** constituie o consecință inteligibilă a trăsăturilor mai susmenționate.

**Acreditarea afectivă exclusivă** (univoc pozitivă sau negativă). Sub raportul investiției și atitudinii afective, pacienții dezvoltă polarizări exclusive: pozitive sau negative. Sub acest raport, ei sunt oamenii clarelor delimitări, astfel încât cei din jur sunt ori tandri și protectivi, ori ostili și reactivi.

**Acte autodestructive repetitive.** În stări de tensiune afectivă negativă, pacienții recurg la acte autolezionale, automutilante sau autodestructive: incizii tegumentare, abdominale sau toracale, secționarea venelor sau tentative suicidare demonstrative, veleitare.

## 9.3. Trăsături diferențiale

**9.3.1. Trăsături diferențial-culturale.** Tulburarea **borderline** cunoaște o determinare genetică, dar și socioculturală, având o prevalență mai înaltă la periferia marilor metropole sau la anumite grupuri etnice.

**9.3.2. Trăsături diferențiale de sex.** Tulburarea este mult mai frecvent întâlnită la femei, raportul pe sexe fiind de 3/1 în favoarea lor. Fără îndoială că această prevalență a tulburării la femei este corelată cu anumite caracteristici psihologice ale sexului ilustrate prin sensibilitate, labilitate, puternică rezonanță afectivă, reacții mai ample la pierderi și frustrații etc.

**9.3.3. Trăsături diferențiale de vârstă.** Tulburarea poate apărea și în adolescență, dar la această vârstă diagnosticul trebuie pus cu prudență, întrucât anumite trăsături întrucâtva specifice acestei perioade pot ocaziona confuzii și erori. Oricum, instabilitatea emoțională, conduita disforică, insuficiența deliberare, spiritul de independență și lipsa de prudență trebuie atent analizate de psihologul clinician înainte de a fi diagnosticate.

## 10. Diagnostic diferențial

Dat fiind polimorfismul trăsăturilor și manifestărilor clinice ale tulburării **borderline**, diagnosticul diferențial are în vedere numeroase alte entități nosografice, în prim planul atenției situându-se pe de o parte schizofrenia, pe de altă parte unele tulburări de personalitate.

**Schizofrenia** se impune diferențierii de tulburarea **borderline** datorită manifestărilor psihotice ale acesteia. Totuși, aici fenomenele psihotice sunt efemere (durata lor fiind de ore sau zile), în timp ce episoadele de schizofrenie evoluează pe parcursul mai multor luni.

**Tulburarea schizotipală** se deosebește de tulburarea **borderline** prin manifestările patologice ale ideei (ilustrate prin idei de urmărire, idei recurente de referință), ca și prin unele manifestări senzoriale de aspect psihopatic, a căror evoluție este mult mai îndelungată și mai elocventă decât în tulburarea **borderline**.

**Tulburarea de personalitate schizoidă** se deosebește de tulburarea **borderline** prin dezinteresul și detașarea față de problemele vieții, ca și prin incapacitatea de trăire și rezonanță afectivă.

**Tulburarea de personalitate paranoidă,** spre deosebire de tulburarea **borderline**, prezintă suspiciune și neîncredere cronică, elocvență în comunicare și o surprinzătoare stabilitate a imaginii de sine.

**Tulburarea de personalitate disocială** este ilustrată prin sfidarea, dezavuarea și violarea drepturilor celorlalți, ca și printr-o sur-

prinzaătoare lipsă de sensibilitate sau de remuşcare, trăsături care lipsesc în tulburarea **borderline**.

**Tulburarea de personalitate dependentă** se distinge prin grija coplesitoare pentru o relație paternalistă, protectoare și dorința excesivă de ocrotire, îngrijire și ghidare, trăsături care nu caracterizează tulburarea **borderline**.

**Tulburarea de personalitate narcisică** poate prezenta unele tulburări relativ comune cu tulburarea **borderline**, dar se distinge de aceasta prin cheta de afecțiune, dorința de a fi admirat și conduita grandilocventă.

### 11. Evoluție

Tulburarea **borderline** are o evoluție relativ constantă și continuă, având cele mai înalte cote de manifestare în decada a treia și a patra, urmate de o ușoară estompere a manifestărilor în a doua parte a existenței, mai concret, după vârsta de 40 ani.

În decursul evoluției, tulburarea poate prezenta scurte episoade psihotice sau simptome psihotice independente, pe fondul tulburării personalității. În pofida acestor manifestări psihotice, "studiile longitudinale efectuate nu au putut indica o evoluție spre schizofrenie" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb, 1994, p. 740).

Deșigur, evoluția unei condiții poate fi mai precis evaluată prin așa numitele studii de urmărire. Prin astfel de cercetări s-a constatat că:

- după trei ani de la diagnosticarea tulburării **borderline** s-a observat o relativă stabilitate a manifestărilor clinice și puține schimbări în funcționarea socială și globală;

- după cinci ani, principalii parametri clinici ai tulburării nu erau modificați, în sensul că pacienții **borderline** erau angajați în servicii de nivel scăzut, nu-și foloseau în mod eficient timpul liber, erau încă celibatari, aspecte care ilustrează o slabă adaptare socială; se menționează și în acest context faptul că nici un pacient al grupului nu a evoluat spre schizofrenie;

- după 15 ani, pacienții **borderline** prezentau încă o funcționare socială și globală satisfăcătoare, în mod cert superioară acelorora cu tulburare schizotipală.

### 12. Prognostic

Polimorfismul manifestărilor clinice ale pacienților cu tulburare **borderline** și, în special, prezența simptomelor sau a episoadelor psiho-

tice, impune analiza prognosticului acestei condiții.

Problemele prognosticului acestor pacienți vizează în primul rând eventualitatea dezvoltării unei schizofrenii sau a unei depresii majore.

Așa cum s-a constatat din paragraful precedent (acela al evoluției), "numeroase studii de urmărire au arătat că asemenea schimbări sunt rare și că pacienții **borderline** rămân, de obicei, **borderline**" (J. G. Gunderson, 1989, p. 1393). Cu toate acestea, se menționează că "numeroși pacienți **borderline** continuau a avea simptome depressive persistente și intermitent exacerbate în următorii 5-10 ani de la diagnosticare" (*Ibidem*).

Studiile de urmărire pe termen lung și analize la distanță de câteva decenii de la debut au constatat că pacienții cu **borderline** prezentau simptome reduse și o tot mai mică nevoie de asistență psihiatrică.

În linii generale, se poate considera că pacienții **borderline**, în primii ani de la debut, prezintă o funcționare socială asemănătoare cu cea a pacienților schizofreni (desigur, cu o evoluție favorabilă) pentru ca, ulterior, în următoarele decenii, ei să se asemene (sub aspectul funcționării sociale) cu pacienții depresivi.

Evident, supraadăugarea alcoolomaniei sau a toxicomaniei înrăutățește prognosticul, în timp ce comorbiditatea cu depresia non-bipolară are un efect redus asupra evoluției și prognosticului tulburării **borderline**.

### 13. Patomorfoza intrasindromală a manifestărilor clinice în tulburarea **borderline**

Cu mai bine de un deceniu în urmă, s-a constatat că în tulburarea **borderline** "diagnosticul se pune rareori la pacienți peste 40 de ani" (G. E. Vaillant, J. C. Perry, 1985, p. 980, precum și J. C. Perry, G. E. Vaillant, 1989, p. 1379).

Întrucât această observație a fost reluată relativ frecvent, se ridică problema modificării fenomenologiei clinice a pacienților cu tulburare **borderline**. Din această perspectivă, pot fi emise anumite supoziții:

- prin amploarea, labilitatea și nespecificitatea manifestărilor clinice, tulburarea **borderline** reprezintă în planul psihopatologiei ceea ce adolescența ilustrează în planul psihologiei;

- după cum criza adolescenței se reduce, se stinge, se estompează treptat, tot astfel manifestările **borderline** își pierd culoarea și efervescența psihopatologică, iar pacientul se aplatizează, se reasează, iar în

termeni specifici, se resocializează, se reintegrează;

- după cum adolescentul depășind criza se maturizează, tot astfel, pacientul **borderline**, cu vârsta, în mod treptat se "normalizează"; așa cum am menționat în alt context, simptomele și trăsăturile acestei condiții clinice sunt supuse influenței patoplastice a vârstei; în același sens,

- **pattern**-urile de personalitate ale pacientului **borderline**, care la adultul tânăr erau ilustrate prin instabilitate, odată cu maturizarea își reduc amploarea și cunosc stabilizarea.

#### 14. Invalidare funcțională

În această privință, clinicienii fac o distincție netă între invalidarea funcțională redusă a pacienților care au beneficiat de o "terapie extensivă" și aceia care au avut o evoluție "naturală", situație în care se constată o "disfuncție interpersonală și vocațională".

Considerăm că un indice relativ obiectiv al invalidării funcționale a pacienților cu tulburare **borderline** îl constituie statutul marital.

Din această perspectivă, studiile atestă faptul că aproximativ 40% dintre pacienții cu tulburare **borderline** trăiesc singuri, iar un procent de 20-40% se căsătoresc, întemeindu-și familii proprii.

Evoluția statutului marital în ansamblu constituie, în opinia noastră, un indiciu al evoluției acestei condiții, în care se constată o anumită suită cronologică:

- o dezordine și chiar promiscuitate sexuală inițială (aproximativ în primul deceniu de la debutul tulburării),
- o deplasare spre o relație sexuală stabilă, în afara căsătoriei;
- o relație maritală, relativ stabilă, de cele mai multe ori asociată cu o funcționare profesională satisfăcătoare.

#### 15. Complicații

Situată între nevroze și psihoze, cu manifestări clinice imprevizibile, ar fi fost de așteptat ca tulburarea **borderline** să prezinte numeroase complicații. Totuși, ceea ce înscriem aici drept complicații sunt mai degrabă reacții la împrejurări nefavorabile și mai ales la situații psihotraumatizante sau stresante. Printre cele mai redutabile complicații menționăm:

**15.1. Episoade psihotice**, denumite uneori micropsihotice, ale căror simptome sunt neclare și volatile. De cele mai multe ori, "episoadele psihotice ale personalităților de graniță sunt de scurtă durată și

aproape întotdeauna circumscrise, evanescente sau însoțite de o bună testare a realității" (J. C. Perry, G. E. Vaillant, 1989, p. 1378).

**15.2. Simptome psihotice propriu-zise**, care apar în urma unor situații stresante și sunt ilustrate prin "halucinații, distorsiuni ale imaginii corporale, idei de referință și fenomene senzoriale hipnagogice" (DSM-IV, 1994, p. 652).

**15.3. Episoade depresive majore**, care au fost științific validate prin studii longitudinale. Totodată, studii pe termen scurt au evidențiat la pacienții cu tulburare **borderline** o incidență surprinzător de mare a depresiei majore, aceasta fiind estimată la două episoade depresive complete pe an.

**15.4. Tentative de suicid**, al căror risc (mai mare în primele decade ale evoluției tulburării) se reduce odată cu avansarea în vârstă. Totuși, s-a constatat că "o proporție de 3-10% dintre pacienții cu tulburare **borderline** pot muri în cele din urmă prin suicid, deoarece tentativele multiple sunt comune" (J. C. Perry, G. E. Vaillant, 1989, p. 1379).

Alți clinicieni acordă o importanță particulară fenomenului suicidal al acestor pacienți, al căror comportament autodestructiv implică tentative de suicid care sunt uzuale pentru majoritatea pacienților **borderline**" (J. G. Gunderson, 1989, p. 1394). Totodată, estimând rata suicidului pacienților **borderline** la 8-10%, se precizează că aceștia "au un istoric cu mai multe gesturi suicidare anterioare, dar și abuz de alcool și tulburări depresive" (*Ibidem*).

**15.5. Alcoolomania**. Se consideră că "un număr substanțial" dintre pacienții cu tulburare **borderline** devin alcoolici. Sub alt unghi, s-a constatat că aproximativ 30% dintre femeile alcoolice îndeplinesc criteriile tulburării **borderline** a personalității. Rata înaltă a alcoolomaniei la acești pacienți a fost interpretată ca o sursă alternativă de confort, după ani de căutare inutilă a unei relații protectoare.

#### 16. Abordare terapeutică

Cu toate că în ultimii ani au fost aduse tot mai numeroase argumente pentru tratamentul psihofarmacologic, abordarea psihoterapeutică rămâne esențială în tulburarea **borderline**.

##### 16.1. Psihoterapia individuală

Pentru o abordare psihoterapeutică de succes, este necesară o bună cunoaștere a fenomenologiei clinice a acestei condiții și, în egală

măsură, a psihologiei pacientului cu tulburare **borderline**. În plus, pentru psihoterapeutul începător sunt utile câteva recomandări specifice pentru acești pacienți:

- datorită trebuinței pacienților **borderline** de a realiza o relație exclusivă cu o persoană puternică și suportivă, psihoterapia **individuală** constituie, în astfel de cazuri, "piatra unghiulară" a abordării terapeutice;

- dată fiind instabilitatea pacienților "de graniță", este necesară o abordare psihoterapeutică "intensivă" în locul celor 2-3 ședințe săptămânale;

- o dificultate care nu trebuie ignorată, constă în ușurința și rapiditatea instalării regresiei la acești pacienți; drept consecință a acestui fapt este

- facilitarea elaborării transferului pozitiv (care în aceste cazuri este puternic și stabil); în același timp

- există un risc remarcabil pentru transferul negativ, care este însă ușor de depășit;

- psihoterapeutul nu trebuie surprins și mai ales derutat, de apariția **splitting**-ului, mecanism defensiv al pacientului ilustrat prin dragoste și ură, care se dezvoltă în mod alternativ;

- când nu are suficientă experiență, psihoterapeutul trebuie să evite abordarea psihanalitică a acestor pacienți sau, în orice caz, să manifeste atenție și prudență în interpretări;

- este recomandabilă **psihoterapia exploratorie**, orientată spre **insight**, care ajută la căutarea și controlul motivelor ostilității pacientului pentru ca acestea să fie supuse confruntării și interpretării încă de la începutul tratamentului;

- de asemenea, poate fi preferată o **abordare suportivă**, pentru a putea sesiza astfel tipul de relație necesar dezvoltării unei "alianțe terapeutice".

**Terapia comportamentală** constituie o alternativă utilă și va fi fixată în special pe:

- hipersensibilitatea pacientului la frustrație sau rejecție;
- antrenamentul abilităților sociale.

### 16.2. Terapia de familie

Majoritatea pacienților cu tulburare **borderline** provin din familii instabile, tensionate, abuzive sau destrămate. Toate aceste situații

pun problema terapiei de familie care, în această condiție clinică, comportă anumite recomandări:

- evitarea întâlnirilor de familie care, de cele mai multe ori, agravează problemele existente și subminează capacitatea familiei de a susține tratamentul;

- este recomandabilă întâlnirea separată și periodică cu părinții pacientului, în vederea unei **psihagogii** referitoare la conținutul tulburării și atitudinii lor față de pacient;

- sunt recomandabile contacte intermitente cu membrii importanți ai sistemului de sprijin al pacientului pentru a le furniza informații referitoare la situația acestuia sau pentru a le obține colaborarea în efortul terapeutic.

### 16.3. Terapia de grup

Este recomandată de rutină și considerată ca utilă de către psihoterapeuții lipsiți de cunoștințe în domeniul psihologiei și al tulburărilor de personalitate. Tocmai de aceea menționăm că:

- pacienții cu tulburare **borderline** sunt rezistenți **ab initio** la terapia de grup;

- ei nu pot tolera confruntările sau interpretările pe care le implică această abordare terapeutică;

- terapia de grup ar putea fi recomandată numai în asocieră cu psihoterapia individuală, care-l asigură pe pacient de alianța cu terapeutul și suportul (considerat personal) al acestuia;

- în situațiile în care terapia de grup este recomandată, grupul terapeutic dezirabil va fi heterogen și "lent deschis";

- această abordare ar putea fi utilă în controlul manifestărilor coleroase și al labilității afective a pacienților cu tulburări **borderline**;

- terapia de grup este, de asemenea, recomandabilă pacienților **borderline** care prezintă, în plus, o condiție adițională ca alcoolomania sau toxicomania.

### 16.4. Abordarea psihofarmacologică

Considerată ca adjuvantă, această abordare a fost tot mai frecvent invocată în anii '90. Ea este recomandată episodic și situațional în vederea corecției:

- manifestărilor impulsiv-agresive prin neuroleptice fenotiazinice, prin **Carbamazepină (Tegretol, Finlepsin)**, dar și prin **Alpra-**

**zolam (Xanax);**

- episoadelor micropsihotice, ca și a simptomelor psihotice prin

**Haloperidol** sau alte neuroleptice incisive;

- dispoziției disforice prin Inhibitori de Monoaminoxidază (IMAO) de tipul **Tranilciprominei (Parnate);**

- dispoziției depresive prin neuroleptice sedative, în special **Tioridazin (Melleril)** care prezintă și o acțiune antidepresivă sau prin **Tanakan** în al cărui spectru terapeutic sunt incluse și depresiile tremante sau rezistente la alte antidepresive.

Este util a reține faptul că în tulburările de personalitate, dar cu precădere în tulburarea **borderline**:

- amitriptilina (ca și alte antidepresive triciclice) a înrăutățit starea pacienților;

- benzodiazepinele au avut deseori efecte dezinhibante.



Poetul

## TULBURAREA HISTRIONICĂ A PERSONALITĂȚII

### 1. Istoric

Dacă studiul isteriei a dominat - prin **J-M. Charcot** - patologia neuropsihică din ultima parte a secolului trecut, studiul tulburării histrionice a personalității a fost ilustrat în secolul nostru de **P. Janet** și **S. Freud**, care au lucrat ca tineri "rezidenți" în clinica lui **Charcot** de la **Salpêtrière**.

Spre deosebire de **P. Janet**, care și-a axat observația pe conduita demonstrativă și pe cheta afectivă a pacienților, **S. Freud** și-a axat explicația pe "erotizarea conflictuală" a "figurilor parentale". Altfel spus, în personalitatea isterică ar fi vorba de o elaborare și investiție erotică a copilului în părintele de sex opus.

Din analiza concepției acestor doi titani ai psihologiei secolului nostru asupra personalității isterice se poate constata:

- modul obiectiv - descriptiv (clinic-constatativ) al gândirii lui **P. Janet** și

- modul causal - interpretativ (logic-prezumtiv) al gândirii lui **S. Freud**.

Considerăm că în aceste două moduri diametral opuse de gândire și-ar putea afla sorgintea cele două forme ale noțiunii în discuție și implicit cele două accepții corespunzătoare lor și anume:

- **isteric**, este noțiunea primară, de conotație etiologică, axată asupra fenomenului de investiție afectivă și erotizare (**hystera**, gr.-uter),

- **histrionic**, noțiune secundară de conotație clinică, axată asupra manifestărilor pacientului, ilustrate prin conduită demonstrativă, polarizarea atenției celorlalți și chetă afectivă.

### 2. Definiție

Este o tulburare ilustrată prin extraversie, sociofilie, comunicabilitate, impresionabilitate, labilitate dispozițională și conduită demonstrativă, de rol.

Într-o definiție sintetică, tulburarea histrionică este caracterizată "printr-un pattern pervaziv de emoționabilitate excesivă și căutare a



atenției" (G. J. Gunderson, Katharine Phillips, 1995, p. 1448).

### 3. Sinonimii, includere

Personalitate isterică, personalitate psiho-infantilă.

### 4. Date epidemiologice

Spre deosebire de alte entități nosografice, prevalența tulburării histrionice este în funcție de criterii diagnostice, ca și de acreditarea patologică a trăsăturilor și manifestărilor clinice. Totuși, în ultimii ani au fost avansate date epidemiologice care atestă "o prevalență a tulburării de 2-3% din populația generală și de 10-15% din populația spitalelor și a centrelor de sănătate mintală" (DSM-IV, 1994, p. 741).

### 5. Factori corelativ-etiologici

În tulburarea histrionică de personalitate poate fi constatat fenomenul agregării familiale. Astfel, trăsăturile histrionice apar mai frecvent la rudele de gradul I ale probanzilor cu tulburare histrionică, în comparație cu populația generală.

### 6. Debut

Asemenea altor tulburări de personalitate, debutul tulburării histrionice este situat la vârsta adultă tânără, deși psihologii și pedagogii cunosc faptul că primele sale manifestări apar încă din adolescență.

### 7. Trăsături psihologice și psihopatologice

#### 7.1. Trăsături caracteristice sau esențiale

**Polarizarea atenției celorlalți** este o trăsătură specifică, expresie a unei pulsioni irezistibile de a se plasa în centrul atenției grupului.

**Labilitate și versatilitate dispozițională**, în concordanță cu dispoziția celor din jurul său; persoana în cauză prezintă o mare disponibilitate de a trece de la o stare afectivă negativă la alta, polar opusă, pozitivă. Asemenea unui copil, histrionicul râde "cu lacrimile pe obraz".

**Comportament seducător și provocator**, întâlnit nu numai la femei, ci și la bărbați, cu marcată tendință de a-l scoate pe cel vizat din rutină și indiferență.

**Conduită erotizată și realitate sexuală.** Histrionicul elaborează fantezii sexuale, independent de sentimentele de dragoste investite, fără a recurge însă la agresiuni sexuale verbale sau reale.

În contrast cu această conduită erotizată, se subliniază că un mare procent dintre histrionici au probleme (disfuncționale) sexuale. Astfel,

femeile prezintă frigiditate sau anorgasmie, iar bărbații au tulburări de dinamică (insuficiență) sexuală.

**Impresionabilitate, sugestibilitate, permeabilitate dispozițională.** Ca o consecință a acestor trăsături, persoanele cu tulburări histrionice adoptă cu mare rapiditate tonalitatea afectivă a celor din jur, deși nu sunt implicate în mod direct în problematica acestora. De asemenea, aceste trăsături i-au determinat pe vechii clinicieni să considere că histrionicii sunt poikilotimici, întrucât adoptă, fără rezervă, "temperatura" afectivă a interlocutorului sau a grupului în care se află; nu numai că adoptă, dar și intensifică stările emoționale ale celor din jur. Astfel, într-un moment de veselie, el este cel mai expresiv, după cum, la o înmormântare, el este cel care plânge cel mai tare.

**Catarsis afectiv facil.** Ca o consecință a trăsăturilor mai sus menționate, dar mai ales a permeabilității dispoziționale, în situații afectogene comune, persoana histrionică nu-și poate stăpâni tensiunea dispozițională, izbucnind într-o descărcare dezordonată și demonstrativă a afectelor, "expresie a tendinței de exhibare a emoțiilor" (M. Gelder, D. Gath, R. Mayou, 1989, p. 132).

**Comunicare colorată, metaforică, impresionabilă.** Comportamentul teatral al histrionicului este ilustrat prin toate mijloacele de comunicare de care dispune: nonverbale (vestimentare, mimico-pantomimice) și verbale (timbrul, intensitatea, înălțimea și modulația vocii), ca și prin sistemul lexical care abundă în adjective, superlative, grade și repere comparative.

**Dramatizarea conținutului comunicării**, care ilustrează o mixtură de date, situații și fapte, reale ori plauzibile, dar neverosimile, elementul fabulator fiind cel care oferă culoare pentru orice relatare. Uneori, mai ales în fața unor persoane puțin cunoscute, discursul histrionicului nu este opus realului, ci o paralelă romanțată a veridicului. Sub alt unghi, relatarea histrionicului este **sora inconștientă a minciunii**.

#### 7.2. Trăsături facultative sau asociate

**Personalizarea relațiilor.** Expresie a sugestibilității și a permeabilității afective, histrionicul consideră și trăiește relațiile mai apropiate, mai intense și mai intime decât sunt în realitate.

**Redusă disponibilitate sau incapacitate de menținere a relațiilor.** Persoana histrionică nu are relații durabile, stabile, întrucât este în continuă căutare de nou în domeniul oamenilor, relațiilor,

preocupărilor și activităților.

**Aviditate pentru noutate, stimulare sau schimbare**, întrucât el suportă greu obișnuința, rutina și stereotipia existenței.

**Autoipostaziere în roluri extreme sau insolite**. În mod insuficient conștientizat, histrionicul adoptă roluri extreme de victimă sau lider.

**Intoleranță la ignorare sau periferizare**. Când, în pofida eforturilor, histrionicul nu se poate plasa în centrul atenției celor din jur, nu se poate bucura de admirație sau laudă, izbucnește în accese coleroase, cu acuzații sau injurii la adresa celorlalți.

**Incapacitate de amânare**, mai ales când este vorba de o expectație sau gratificație. Ca și cum acțiunile lor ar fi direcționate spre gratificații imediate, histrionicii nu beneficiază de disponibilitatea amânării, fiind victime perene ale frustrării.

**Entuziasmare facilă și efemeră**. Încântați de planuri (acreditate cu succes incontestabil), entuziasmați de reușita acestor planuri, ei își pierd repede interesul pentru ele, ignorându-le cu seninătate.

**Comportament manipulativ**, orientat spre satisfacerea propriilor interese, dar mai ales spre dominarea emoțională a partenerului.

**Dependență de cel investit afectiv**. Deseori, împotriva afectelor superficiale și labile, pot fi dependenți afectiv, devenind astfel veritabile victime ale persoanelor suprainvestite.

**Amenințări cu suicidul sau tentative suicidare demonstrative**, veleitare, prin care ei vor să ateste starea de disperare în fața lipsei de sentimente de atenție și considerație din partea celorlalți.

**Amnezia traumelor, frustrărilor, afectelor** (trăite cu dramatism sau disperare) este totală, senină și surprinzătoare, fără vreo umbră de regret sau resemnare. Fără îndoială că această fermecătoare uitare a trăirilor penibile și dramatice recent consumate, ca și ignorarea sau minimalizarea manifestărilor conversive, a condus la metafora emblematică (veritabilă floare pe terenul insolit al isteriei): la **belle indifference**.

### 7.3. Trăsături clinice diferențiale

**7.3.1. Trăsături diferențial-culturale**. Extraversia, sociofilia, sugestibilitatea și disponibilitatea de rezonanță afectivă sunt diferite sub aspectul intensității și expresivității în funcție de meridian, grup populațional, etnic sau cultural. Ca atare, anumite trăsături, care într-o cultură sunt bine tolerate, înscriindu-se în normalitate, în altă cultură

sunt greu acceptate sau netolerate, fiind dezavuate, sancționate socio-moral sau diagnosticate. Astfel, trăsăturile personalității histrionice sus-menționate sunt foarte greu acceptate sau chiar diagnosticate în Extremul Orient, gradul de toleranță a manifestărilor histrionice fiind tot mai mare, pe măsură ce ne apropiem de Occident.

Totodată, extraversia, sociofilia, sugestibilitatea și rezonanța afectivă sunt mai amplu exprimate și cu mai puternică expresivitate în Continentul Sud-American comparativ cu cel Nord-American, în Sudul Europei comparativ cu Nordul continentului, unde aceste trăsături sunt estompate sau înlocuite cu introversia, sociofobia, circumspecția, rigoarea și rigiditatea afectivă.

Aceste diferențe culturale referitoare la manifestarea și acceptarea socială a trăsăturilor histrionice de personalitate trebuiesc cunoscute și corect apreciate înainte de a fi diagnosticate.

**7.3.2. Trăsături diferențiale de sex**. Fără îndoială că expresia comportamentală a tulburării histrionice poate fi influențată de anumite "stereotipii de rol" ale sexului respectiv. În acest sens, la o apreciere empirică și spontană, trăsăturile histrionice sunt mai apropiate trăsăturilor feminine de personalitate, ca și stereotipului de rol al femeii. Cu toate acestea, studii bazate pe evaluări structurate indică o prevalență similară pe sexe a tulburării în populația generală. În populația de spital prevalența tulburării la femeii este mai mare, probabil datorită unor condiții conjuncturale, și anume:

- capacitatea mai mare a femeilor de verbalizare (și comunicare) a tulburării;
- disponibilitatea mai mare a femeilor de a solicita ajutor medical;
- convingerea mai puternică (a femeilor) că intervenția psiho-medicală poate fi eficientă.

### 8. Evoluție

Asemenea altor tulburări de personalitate, tulburarea histrionică se estompează cu vârsta; totodată, manifestările histrionice se reduc numeric, evantaiul lor, amplu odinioară, îngustându-se treptat, reducându-se la căutarea de senzații și conduite insolite. Deseori, histrionicii vârstnici comit acte cu implicații medico-judiciare sau decad într-o existență încărcată de promiscuitate.

## 9. Complicații

Persoanele cu tulburări histrionice pot prezenta episoade cu manifestări convertive sau pot dezvolta **tulburări de somatizare**. Există un risc semnificativ pentru **tulburarea depresivă majoră**, dar mai ales pentru **alcoolomanie** sau **toxicomanie**. **Suicidul** poate constitui o complicație fatală, de cele mai multe ori însă producându-se fără o pulsione autentică, ci printr-o greșeală în condițiile unei tentative velleitare.

## 10. Diagnostic diferențial

Prin polimorfismul trăsăturilor sale, tulburarea histrionică supune analizei diferențiale principalele tulburări de personalitate, printre care menționăm:

- **tulburarea de personalitate borderline**, care se aseamănă cu tulburarea histrionică prin labilitatea dispoziției și comportamentul manipulativ; se deosebește însă de aceasta, prin manifestările celorlalte, conduita autodestructivă și sentimentul inautenticității identității;

- **tulburarea de personalitate disocială**, cu care se aseamănă prin comportamentul impulsiv, seductiv și manipulativ; spre deosebire de aceasta însă, tulburarea histrionică este o exprimare emoțională mai intensă, fără a se implica însă în acte sau manifestări antisociale;

- **tulburarea de personalitate narcisică** se deosebește de tulburarea histrionică prin dorința de a fi gratificat pentru calitățile sale și prin pattern-ul de grandilocvență;

- **tulburarea de personalitate dependentă** se caracterizează prin dorința intensă de a fi ocrotit, îngrijit, ca și teama de a nu fi rejectat sau părăsit.

## 11. Abordare terapeutică

În tulburarea histrionică, psihoterapia constituie tratamentul de elecție, iar metoda psihanalitică este indicată cu prioritate.

**11.1. Abordarea psihoterapeutică.** Din această perspectivă, psihoterapeutul nu va omite următoarele:

- pacientul histrionic nu are conștiința clară a propriilor sale sentimente;

- clarificarea sentimentelor pacientului constituie primul deziderat al procesului terapeutic.

**11.2. Abordarea psihofarmacologică;** este auxiliară și se recomandă pentru reducerea simptomelor țintă: depresia, anxietatea și

manifestările convertive.

Întrucât în astfel de cazuri depresia este asociată cu anxietatea, recomandăm administrarea de **Herphonal (Trimipramină)** care este atât antidepressiv cât și anxiolitic-sedativ. Tocmai de aceea posologia va fi deplasată vespéral și ilustrată prin 25 + 25 mg (orele 17 și 22).

De asemenea, tulburarea dispoziției în sens distimic și a sociabilității au fost efectiv ameliorate prin administrarea de **Tanakan (E. Gb. 761)** în soluție de 1ml x 3 pe zi în timpul meselor.



Jurisconsultul

## TULBURAREA NARCISICĂ A PERSONALITĂȚII

### 1. Istoric

Venind din mitologie, **narcisismul**, ca "dragoste de sine", a intrat în psihopatologie la sfârșitul secolului trecut când **S. Freud** (1895) i-a atribuit semnificația clinică. La o analiză mai atentă, se constată însă că **S. Freud** a creat doar cadrul sau, mai corect spus, terenul psihologic în care a fost transplantat și, de fapt, transfigurat, **narcisismul**.

Din perspectivă analitică, părinții narcisismului sunt **autostima** și **Ego-ul ideal**. Acest **Ego ideal** ar fi exprimat printr-o "imagine de sine" care întruchipează cele mai înalte aspirații ale persoanei. La rândul lor, aceste **înalte aspirații** condiționează autostima.

În condițiile actuale, **narcisismul** trebuie considerat și, respectiv, analizat într-o dublă ipostaziere:

- a doctrinei psihanalitice, prin care **narcisismul** ar trebui văzut ca **eflorescența autostimei** și a **Ego-ului ideal**;

- a psihoterapiei psihanalitice, prin care **narcisismul** ar fi o **elaborare defensivă, o stare de grandoare, ca expresie a unui mecanism de apărare**, ca o expresie transfigurată față de autostima scăzută.

În ultimul timp, unii psihanalisti (printre care **Heinz Kohut**, 1971) extind (poate în mod hazardat) implicațiile **narcisismului** asupra empatiei, umorului și creativității.

### 2. Definiție

Tulburarea constă într-un sentiment exagerat al importanței proprii persoane și în convingerea fantezistă nerealistă asupra calităților sale, pe care le percepe ca unice sau excepționale.

Într-o definiție mai sintetică, tulburarea narcisică se caracterizează "printr-un pattern pervaziv de grandoare în comportament și imaginație, nevoie de admirație și lipsă de empatie" (**G. J. Gunderson, Katharine Phillips**, 1995, p. 1452).

### 3. Sinonimii, includere

Menționată la "Alte tulburări de personalitate specificate" de către **ICD-X** (1992, p. 207), această tulburare de personalitate este recunoscută și prezentată ca entitate de către **DSM-IV** (1994, p. 661). To-

tuși, unii clinicieni consideră că pacienții care sunt incluși în această tulburare aparțin, prin conținutul tabloului lor clinic, fie **tulburării anti-sociale** de personalitate, fie **tulburării histrionice** de personalitate, ceea ce anulează motivele care ar justifica menținerea statutului nosografic al acestei entități clinice.

### 4. Factori corelativ etiologici

Se consideră că există o prevalență mai înaltă a tulburărilor narcisice la rudele de gradul întâi ale persoanelor cu această tulburare, comparativ cu loturile martor. Totuși, mai mult decât factorul genetic, este invocat elementul educațional, în sensul că descendenții își însușesc patternul nerealist al calităților invocate de predecesori.

### 5. Date epidemiologice

Prevalența acestei tulburări de personalitate este estimată "la 2-16% din ansamblul populației clinice și de aproximativ 1% din populația generală." (**DSM-IV**, 1994, p. 660).

### 6. Trăsături psihologice și psihopatologice

#### 6.1. Trăsături caracteristice sau esențiale

**Autoevaluarea exagerată, nerealistă, fantezistă.** Pacientul cu tulburare narcisică are sentimentul importanței particulare, chiar excepționale a propriei persoane. Cel în cauză își supraapreciază calitățile, disponibilitățile și rezultatele acțiunilor sale.

**Idealizarea propriei persoane.** Cel cu tulburare narcisică are convingerea că este o persoană excepțională, chiar unică prin valoarea și strălucirea sa. El crede că face o continuă concesie comunicând sau colaborând cu ceilalți, deși are grijă să selecteze dintre aceștia pe aceia care au un statut socio-profesional superior.

**Invocarea explicită și implicită prin conduită** a calităților sale excepționale și a importanței sale. Cu agenzie pentru decență și modestie, persoana cu tulburare narcisică nu ezită în sublinierea repetată și exagerată a calităților sale.

**Expectații disproportionale ca aceste însușiri exagerate să fie acceptate, recunoscute și apreciate** ca atare de către ceilalți. El cere să fie considerat ca superior, capabil, înzestrat și are convingerea că aceste calități îi sunt inerente și evidente.

**Conduită distantă, arogantă, emfatică.** Având convingerea calităților sale particulare, chiar excepționale, ca și a importanței persoanei sale, narcisicul se comportă distant și arogant. Menționăm că

atitudinea și conduita sa sfidătoare nu constituie consecința comprehensibilă asupra calităților sale, ci o trăsătură patologică **per se** întrucât, în mod normal, oamenii autentici înzestrați și valoroși nu sunt neapărat infatuați, emfatici și orgolioși.

**Nonreceptivitate și insensibilitate la opinii diferite, sfaturi sau îndemnuri.** Narcisicii își supraestimează nu numai propria persoană, ci și propriile opinii, puncte de vedere, atitudini și acțiuni. În această situație ei minimalizează, resping sau, în cel mai bun caz, ignoră opiniile celorlalți.

**Disponibilități empatice reduse,** superficiale și inautentice, fapt care îi face insensibili la problemele altora, la suferințele, doleanțele și aspirațiile lor.

**Aviditate pentru titluri, demnități, situații, onoruri, ranguri.** Persoana cu tulburare narcisică prezintă nu numai o tendință, ci și un simț deosebit pentru a obține gratificații și poziții cât mai înalte în plan social și material.

## 6.2. Trăsături facultative sau asociate

**Fantasmă de succes nelimitat, mărire, putere, bogăție, strălucire.** Într-adevăr, în unele momente, mai ales în urma unor succese reale, când este încurajat sau lăudat, narcisicul dezvoltă reverii asupra unor realizări sigure, facile, fascinante.

**Manipulator al relațiilor interpersonale,** pe care le orientează și le dirijează în favoarea sa, în vederea atingerii scopurilor sale.

**Sensibilitatea la critică, insucces, frustrație sau pierdere,** față de care reacționează disproporționat, trăindu-le ca pe o puternică ofensă și lezare a demnității, ca o umilire sau degradare.

**Sentimente ostile sau malefice,** pe care le proiectează asupra interlocutorilor care nu-și exprimă suficient, sau în mod evident, admirația față de el.

## 6.3. Trăsături diferențiale

**6.3.1. Trăsături diferențial-culturale.** Un anumit grad de narcisism poate constitui o componentă a etosului unui popor sau al unui grup socio-cultural. Pe de altă parte, anumite precepte religioase promovează mila, modestia, umilința, renunțarea (la onoruri, putere sau avere), realizând astfel o profilaxie continuă și eficientă a narcisismului sau, în orice caz, o limitare a manifestărilor sale.

**6.3.2. Trăsături diferențiale de vârstă.** Unele trăsături narcisice pot fi constatate la adolescenți, dar acestea nu trebuie apreciate ca

patologice și nici ca premonitorii pentru dezvoltarea unei tulburări de personalitate narcisică.

**6.3.3. Trăsături diferențiale de sex.** Prevalența tulburării este mai mare la bărbați, la care și personalitatea narcisică este mai frecventă. Această diferență devine inteligibilă dacă avem în vedere faptul că perspectiva psihologică și psihopatologică a narcisismului nu este sinonimă cu perspectiva și semnificația culturală a iubirii propriei imagini fizice. Din această perspectivă, subliniem că în psihologie și psihopatologie:

- nu este vorba atât de iubire, cât de supraevaluare;
- nu atât a calităților fizice, cât a celor care conferă putere;
- în reala sa concepție, orice iubire implică disponibilități de dăruire, dar iubirea de sine (a narcisicului) își află sorgintea în egoism și este direcționată spre egocentrism;
- în narcisism este o iubire "egofilică" și o continuă convertire de la iubire spre supraevaluare și mărire.

## 7. Evoluție

Tulburarea narcisică a personalității are o evoluție cronică, susceptibilă de agravări prin insuccese, pierderi și frustrări aduse în mod inerent de viață și, desigur, de vârstă, care îi siderează atributele ce îi susțineau orgoliul și autostima.

## 8. Complicații

Surviv mai ales în urma situațiilor psihostresante și frustrante și a constatării devalorizării și neacreditării. Riscul cel mai înalt îl reprezintă complicațiile depresive (de la **tulburarea distimică** până la **tulburarea depresivă majoră**), ca și **toxicomania** sau **alcoholomania**.

## 9. Diagnostic diferențial

Polimorfismul tabloului clinic al tulburării narcisice aduce în discuție numeroase alte tulburări de personalitate și, în primul rând, tulburarea disocială, histrionică și borderline.

**Tulburarea disocială de personalitate,** deși prezintă unele aspecte comune (ca tendința manipulativă și lipsa de empatie), se distinge de tulburarea narcisică prin sfidarea drepturilor și bunurilor celorlalți, comportament intruziv și agresiv, ca și prin indiferența față de opiniile altora.

**Tulburarea histrionică de personalitate,** ilustrată în special

prin aviditate pentru atenția și admirația celorlalți, se deosebește de tulburarea narcisică prin pattern-ul de emotivitate excesivă, prin permeabilitatea și rezonanța afectivă, ca și prin puternica lor sugestibilitate.

**Tulburarea borderline de personalitate** se distinge de tulburarea narcisică prin instabilitatea ilustrată atât în relațiile interpersonale, cât și în privința imaginii de sine; de asemenea, în tulburarea borderline există manifestări impulsive și tendințe autodestructive care lipsesc în tulburarea narcisică.

**Tulburarea anancastă de personalitate (obsesiv-compulsivă)** aduce în discuție problema perfecționismului (spre care tind continuu obsesiv-compulsivii), dar pe care narcisicii consideră că l-au atins.

**Episoadele expansive sau fazele hipomaniacale** prezintă ca trăsătură comună cu narcisicii supraestimarea. În episoadele dispozițional-expansive aceasta este însoțită de jubilație, pe când în narcisism supraestimarea este acompaniată de autoadmirație. Totodată toleranța, complezența, darurile exagerate completează tabloul expansivității, dar lipsesc din evantaiul trăsăturilor tulburării narcisice.

## 10. Abordare terapeutică

**10.1. Psihoterapia** întâmpină cele mai mari și neașteptate dificultăți în tulburarea narcisică de personalitate, datorită caracterului inflexibil și redutabil al trăsăturilor acestei forme. Totuși, câteva recomandări ar putea fi utile:

- înainte de abordarea terapeutică se impune elucidarea diagnostică;

- odată diagnosticul elucidat și validat, psihoterapeutul trebuie să știe că pattern-ul trăsăturilor este ferm structurat și extrem de greu poate fi modificat; în astfel de condiții este recomandabil:

- să se recurgă la o psihoterapie profundă, bine elaborată, restructurantă, cum este psihanaliza.

**10.2. Psihofarmacologia** s-a orientat în ultimii ani asupra **săru-rilor de litiu**, recomandabile la pacienții care prezintă oscilații ale dispoziției. Evident, aici s-a avut în vedere o nemărturisită analogie între tulburarea narcisică și manie.

Depresiile care apar și evoluează pe fondul tulburării narcisice beneficiază de tratament cu antidepressiv din a doua generație sau antidepressiv cu acțiune farmacodinamică specifică și eficientă.

De fapt, terapia psihofarmacologică din tulburarea narcisică are în vedere mai ales complicațiile care, de cele mai multe ori, se înscriu pe scala distimie-depresie majoră. În plus, trebuie evitat riscul virajului ocazionat de triciclice. Din această perspectivă, o bună indicație prezintă **Maprotilina (Ludiomil)**, **Mianserina (Lerivon)**, cunoscut fiind faptul că efectele lor secundare sunt relativ reduse.

Întrucât noncompliancea narcisicilor este semnificativ sporită de aceste efecte adiacente, se poate recomanda **Tanakan** (extract de **Ginkgo-Biloba**) într-o posologie de trei doze zilnice, respectiv 1 ml x 3 pe zi, cu ocazia meselor principale.



Filosoful

## TULBURAREA ANXIOASĂ (EVITANTĂ) A PERSONALITĂȚII

### 1. Istoric

#### 1.1. Istoria aparentă a tulburării evitante

Așa cum este descris în cele mai recente și înalt acreditate tratate, istoricul acestei condiții nu corespunde realității întrucât:

- se consideră în mod eronat că tulburarea evitantă "a fost descrisă la începutul secolului" de către **E. Bleuler (J. G. Gunderson, Katharine A. Phillips, 1995, p. 1454)** ceea ce nu corespunde realității;

- această condiție a fost "corelată cu **caracterul schizoid**" (**Ibidem**) delimitat de asemenea de **E. Bleuler**;

- conținutul acestei descrieri este foarte asemănător cu al actualei tulburări schizoide a personalității.

În virtutea acestor considerente, ceea ce se descrie ca istoric al tulburării evitante a personalității poate fi considerat ca istoric al tulburării schizoide (eventual schizotipale) a personalității. Aceasta cu atât mai mult cu cât:

- persoana cu tulburare evitantă nu este "insensibilă și indiferentă" (**Ibidem**) ci, dimpotrivă, este "extrem de sensibilă la respingere" (**J. Ch. Perry, G. E. Vaillant, 1989, p. 1379**);

- o astfel de persoană este retrasă și închisă prin timiditate și nu prin asocialitate;

- ea nu este "închisă în sine" cum în mod surprinzător se susține, ci este marcată de o puternică dorință de atașare, de adeziune afectivă și asigurare suportivă pe care prudența, timiditatea sau teama de abandonare îi perturbă relaționarea. În consecință,

#### 1.2. Istoria autentică a tulburării evitante

- nu trebuie căutată în opera lui **E. Bleuler** (acest clasic al psihiatriei care a descris încă de la începutul secolului și în manieră modernă cea mai importantă boală psihică - schizofrenia - căreia i-a conferit această inspirată denumire larg acceptată și păstrată);

- dimpotrivă, antecesorii tulburării evitante pot fi regăsiți în "**tipul hiperestezie**" (al lui **E. Kretschmer**) ilustrat prin sensibilitate, susceptibilitate, capriciozitate și nervozitate, în "**tipul senzitiv**" (de-

scris de **K. Schneider**), ca și în "**caracterul fobic**" (prezentat de **O. Fenichel**).

### 2. Definiție

Cea mai elocventă definiție asupra acestei condiții clinice poate fi întâlnită în ultima ediție a Manualului Diagnostic și Statistic unde este redată ca "un pattern pervaziv de inhibiție socială, cu sentimente de inadecvare și hipersensibilitate la evaluarea negativă, care se instituie la începutul vieții adulte" (**DSM-IV, 1994, p. 664**).

### 3. Sinonimii - includere

În denumirea acestei tulburări de personalitate există o disjuncție între cele două mari sisteme nosografice. Astfel, pentru desemnarea ei, experții OMS de la Geneva folosesc termenul de "anxioasă", în timp ce experții nord-americani o denumesc "evitantă". Deosebirea ar putea fi explicată prin aceea că în accepția europeană accentul este pus pe etiopatogenie (anxietatea fiind la baza tuturor manifestărilor acestei condiții), în timp ce autorii **DSM** pun accentul pe manifestările clinice, comportamentul evitant fiind aici definitiv.

În tulburarea anxioasă a personalității se include:

- "**tipul detașat**" de personalitate descris de **Karen Horney**,

- "**tipul senzitiv**" de personalitate (**K. Schneider**),

- "**caracterul fobic**" (**O. Fenichel**).

### 4. Factori corelativ-etologici

În literatura de specialitate nu sunt semnalate studii asupra acestei tulburări de personalitate. Menționăm totuși **rolul personalității pre-morbide** în favorizarea apariției tulburării anxioase de personalitate. Astfel, timiditatea persistentă și extinsă sub aspect relațional, ca și prelungirea acesteia după vârsta copilăriei, la adolescență, poate fi considerată ca un factor favorizant în apariția tulburării de personalitate la adultul tânăr.

### 5. Date epidemiologice

Prevalența tulburării anxioase de personalitate este estimată cu aproximație. Astfel, se consideră că "prevalența tulburării evitante (respectiv anxioase) este cuprinsă între 1-10% din populația generală, fără a exista informații asupra raportului pe sexe" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb, 1994, p. 743**). Cu mai multă prudență, Manualul Diagnostic și Statistic precizează că prevalența tulburării anxioase de personalitate este de "0,5 - 1% pentru populația

generală și de 10% din ansamblul pacienților aflați în centrele de sănătate mintală" (DSM-IV, 1994, p. 664). Această estimare de 10% din populația clinică este obținută prin utilizarea instrumentelor standardizate de evaluare și diagnosticare, fapt care oferă (întotdeauna) o supraevaluare a condiției medicale în cauză.

În privința prevalenței diferențiale în funcție de sex, observații recente raportează "o rată egală între femei și bărbați" (J. G. Gunderson, Katharine A. Phillips, 1995, p. 1454).

## 6. Trăsături psihologice și psihopatologice

Ca și în cazul celorlalte tulburări de personalitate și aici trăsăturile vor fi prezentate într-o ierarhizare impusă de cele două criterii pe care le considerăm esențiale: prevalența și semnificația. Această ordonare devine cu atât mai necesară cu cât cele două mari sisteme nosografice adoptă, în unele privințe, poziții divergente. Astfel, pentru expertii OMS,

- "hipersensibilitatea la rejecție și critică" este inclusă în cadrul elementelor clinice asociate (ICD-X, 1992, p. 206), în timp ce pentru clinicienii și experții din Statele Unite,

- "hipersensibilitatea la rejecție constituie trăsătura clinică centrală a acestei tulburări" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb, 1994, p. 664).

Considerăm că aceste diferențe constatate între cele două sisteme taxinomice sunt determinate de faptul că, aici, manifestările clinice nu sunt simptome, ci trăsături de personalitate, care cu mai mare greutate pot fi evaluate și ierarhizate.

### 6.1. Trăsături caracteristice sau esențiale

**Sociofobie cu evitarea activității ocupaționale care implică relații interpersonale.** De fapt, astfel de relații sunt perturbatoare pentru cel cu tulburare evitantă, ele reducându-i semnificativ eficiența profesională; dimpotrivă, activitățile solitare sau desfășurate în condiții de oarecare izolare permit o bună valorificare a capacităților sale.

**Prudență excesivă și rigoare în orice relaționare.** Persoana cu tulburare evitantă prezintă o minuțioasă analiză și înaltă exigență asupra comportamentului persoanelor cu care trebuie să colaboreze.

**Teama de a fi ridiculizat sau rejectat.** Această trăsătură pare a fi o consecință a celei precedente, dar este și expresia autoexigenței

și superegoului său riguros.

**Teama de a nu fi criticat sau umilit în public.** Cu toate că cel cu tulburare de personalitate anxioasă are o slabă autostimă și tendință de valorizare, el tolerează foarte greu observația defăimătoare sau critică în public, pe care o trăiește ca umilitoare.

**Stare de aprehensiune sau de anxietate persistentă, pervazivă și limitativă,** evidentă sub aspect comportamental. Evitantul nu este un om pasiv, interiorizat sau inactiv, cum s-ar putea presupune; dimpotrivă, sub aspect comportamental, el apare ca neliniștit, temător și în același timp grăbit, dornic de a acționa dar lipsit de curajul de a iniția o acțiune.

**Evitarea și teama de a iniția noi relații interpersonale** fără asigurarea repetată și obiectiv confirmată a acceptării sale necritice de către eventualul interlocutor sau colaborator. Pe un plan mai general, persoana cu tulburare evitantă manifestă o persistentă ezitare în relaționare, fără o fermă și continuu reînnoită asigurare.

**Atașamente personale restrictive,** din cauza înaltelor exigențe pe care le are, cu precădere față de persoane noi sau mai puțin cunoscute. Această atitudine se datorește faptului că evitantul dezinvestește viitorul, ca și noul sau necunoscutul. Din perspectiva sa, este foarte puțin probabil ca viitorul sau noul să-i aducă binele.

**Reținerile și temerile** persoanei cu tulburare evitantă, deși generale, în situații concrete sunt proporționale cu investiția socială sau cu importanța persoanelor ori a grupurilor la care se raportează.

**Subestimare a însușirilor și disponibilităților personale.** Persoana cu tulburare evitantă are sentimentul sau convingerea că este incapabil, inabil, inadecvat, neatrăgător sau chiar inferior celor cu un statut socio-profesional asemănător.

**Dorința de a fi acceptat și simpatizat; nevoia de tandrețe, securizare și reasigurare,** ceea ce are drept consecință preocuparea excesivă sau prudența obsesivă de a răspunde adecvat expectațiilor, sarcinilor și obligațiilor.

**Dificultate în deliberare, decizie și angajare,** de a elabora planuri și de a investi sub aspect moral, afectiv sau material.

### 6.2. Trăsături facultative sau asociate

**Hipersensibilitate și tendință la interpretativitate** față de aprecierile sau comentariile celorlalți despre sine.

**Tendința de a exagera eventualele riscuri, eșecuri, pericole,**



ceea ce îi accentuează prudența excesivă și incapacitatea deliberativă.

**Trăirea intensă, dureroasă a inacceptării, refuzului, rejecției și discriminării.**

**Nevoia de certitudine, stabilizare și securizare**, situații în care funcționarea sa socio-profesională se află la cele mai înalte cote.

### 6.3. Trăsături diferențiale

**6.3.1. Trăsături diferențial-culturale.** În diferite grupuri culturale, rasiale sau religioase, comportamentul evitant, reținerea ca și nonimplicarea sunt apreciate ca adecvate, ca norme sociale sau chiar criterii de normalitate. Din altă perspectivă, comportamentul evitant poate fi o consecință a unor condiții sociale restrictive sau agresive, a unor situații psihostresante severe și prelungite, sau a unor dificultăți de adaptare și integrare ocazionate de imigrare.

**6.3.2. Trăsături diferențiale de vârstă.** În unele perioade ale copilăriei și mai ales în preadolescență comportamentul evitant nu trebuie apreciat din perspectivă patologică, întrucât el poate constitui o **caracteristică stadială a dezvoltării psihice**. De asemenea, pentru copiii anumitor medii sociale timiditatea și evitarea nu sunt patologice, ci constituie caracteristici culturale.

### 7. Evoluție

Cristalizată la vârsta adultă tânără, tulburarea evitantă poate fi schițată încă din copilărie prin așa numitele trăsături ale personalității premorbide menționate la începutul paragrafului. În eventualitatea dezvoltării tulburării evitante, odată cu avansarea în vârstă, timiditatea, retragerea, ca și evitarea, indecizia și nonimplicarea, în loc să dispară, devin tot mai accentuate, conturând tabloul acestei tulburări de personalitate. În continuare, tulburarea urmează o **evoluție cronică, ondulantă** fiind semnificativ influențată de situații psihostresante și frustrante, ca și de perioade caracterizate prin incertitudine și instabilitate.

### 8. Complicații

Acestea survin mai ales în situațiile în care sistemul suportiv și de reasigurare înregistrează o deteriorare. Astfel, pacienții pot dezvolta **tulburări anxioase, depresii sau fobii sociale**.

### 9. Invalidare funcțională

Trăsăturile de personalitate mai sus menționate, dar în special tendința de subevaluare, continua ezitare și dificultatea de deliberare determină restrângerea activității, precum și a relațiilor interpersona-

le. În consecință, astfel de persoane **decad în funcții și servicii minore**, cu o redusă autoritate, fără responsabilitate, **inferioare pregătirii și calificării lor**.

### 10. Diagnostic diferențial

Tulburarea anxioasă de personalitate trebuie distinsă de

- tulburările anxioase, pe de o parte, și de
- alte tulburări de personalitate, pe de altă parte.

**Tulburarea fobic-anxioasă**, ca și fobia socială se deosebesc de tulburarea anxioasă de personalitate prin fenomenologia clinică mai amplă și prin durata mai redusă.

**Fobia socială de tip generalizat** pune mari probleme de diferențiere față de tulburarea evitantă, deși aceasta este practic independentă de factori psihogeni ambientali.

**Tulburarea de panică însoțită de agorafobie** (spre deosebire de tulburarea evitantă) are un debut relativ brusc, ilustrat deseori prin atacuri de panică. Totodată, tulburarea de panică este precedată deseori de factori precipitanți din mediu, iar evoluția manifestărilor este fluctuantă, în contrast cu stabilitatea trăsăturilor clinice din tulburarea anxioasă de personalitate.

**Tulburarea schizoidă de personalitate** prezintă trăsături relativ asemănătoare cu acelea ale tulburării evitante, ilustrate prin retragere, îndepărtare, însingurare și nonimplicare. Totuși, spre deosebire de pacienții schizoizi care doresc izolarea, cei cu tulburare evitantă caută relaționarea prin care speră să-și asigure securizarea.

**Tulburarea dependentă de personalitate** pune, într-adevăr, serioase probleme diferențiale față de tulburarea de personalitate evitantă. Totuși, în pofida numeroaselor trăsături comune sau asemănătoare, aceste două forme se disting prin teama de rejecție sau abandonare ce caracterizează tulburarea dependentă de personalitate.

**Tulburarea histrionică de personalitate** se deosebește de tulburarea de personalitate evitantă prin iritabilitate, instabilitate, imprevizibilitate, chetă de afecțiune și prin supraestimare.

**Tulburarea paranoidă de personalitate** prezintă, ca trăsătură comună cu tulburarea evitantă, teama de a se confesa altora. Cauza acestei trăsături comune este însă diferită și anume: teama de o situație jenantă în tulburarea evitantă și, convingerea asupra ostilității celorlalți în tulburarea paranoidă.

**Personalitatea anxioasă** ca atare, se distinge de tulburarea anxioasă de personalitate prin amplitudinea redusă a trăsăturilor, caracterul lor miniatural și nondisfuncțional menținând-o în aria normalității. Atunci când aceste trăsături devin ample, inflexibile și dezadaptative se poate vorbi de o tulburare anxioasă de personalitate.

## 11. Abordare terapeutică

**11.1. Abordarea psihoterapeutică.** Psihoterapia constituie tratamentul esențial și eficace al tulburării evitante de personalitate. Succesul acestei abordări este favorizat de respectarea următoarelor recomandări:

- realizarea unei "alianțe terapeutice" este aici un element primordial, datorită circumspecției excesive și neîncrederii pacientului în noi relații sau acțiuni;

- încă din primele stadii ale procesului terapeutic se va încerca înlăturarea temerilor de rejecție și a fobiei sociale;

- în stadiile ulterioare ale psihoterapiei se încurajează inițiativele de relaționare și de integrare în grupul profesional și social, ca și eforturile de minimalizare și dominare a temerilor de eșec, respingere sau umilire;

- în ultima etapă a psihoterapiei se încearcă implementarea și dezvoltarea abilităților și inițiativelor sociale; sub acest aspect, psihoterapeutul trebuie să manifeste o prudență deosebită pentru a nu-și expune pacientul eșecului sau rejecției, întrucât o astfel de situație ar avea un efect profund perturbator, uneori devastator, asupra autostimei acestuia.

**Antrenamentul autoafirmării** constituie o tehnică de psihoterapie mai nouă care își află sorgintea în terapia comportamentală și cognitivă. Scopul acestei tehnici este de a-l învăța și de a-l antrena pe pacient să-și exprime cât mai deschis opiniile și dorințele, ceea ce ar contribui în mod indirect, dar semnificativ, la ameliorarea și consolidarea autostimei.

**Terapia de grup**, realizată în grupuri heterogene și lent-deschise dezvoltă pacienților, cu mai multă obiectivitate, propria lor sensibilitate și fragilitatea autostimei și a structurii lor psihice în ansamblu; totodată, atmosfera terapeutică a grupului constituie un suport constant și susținut în dezvoltarea inițiativelor sociale.

**11.2. Abordarea psihofarmacologică.** Psihofarmacologia poate

constitui un adjuvant, episodic sau incidental al terapiei, adresându-se în special anxietății, depresiei corelate sau hiperactivității sistemului neurovegetativ.

Astfel, pentru **tulburările anxioase** pot fi administrate doze moderate de neuroleptice sedative. Preferăm **Tioridazinul**, dr. 50 mg. (cu administrare vespérală), atât pentru acțiunea sa sedativă cât și antidepresivă care, deși mai puțin cunoscută, este evidentă sub aspect clinic.

**Tulburările fobice, anxioase, atacurile de panică și manifestările obsesionale** au fost tratate, mai ales în ultimii ani, cu **Finlepsin (Carbamazepină)**, comprimate de 200 mg., pe care aici o recomandăm în doze de 400 mg. cu administrare fracționată, în 2-3 prize.

**Tulburările depresive** cu componentă anxioasă care apar în tulburarea anxioasă de personalitate pot fi tratate cu succes prin administrarea de **Herphonal (Trimipramin)**, dr. de 25 mg., în doze de 50 mg. pe zi (orele 15 și 20).

De asemenea, tulburările distimice și de sociabilitate pot fi tratate cu un nou medicament, **Tanakan** (extract standardizat de **Ginkgo-Biloba**) în doze de 2-3 tablete pe zi sau soluție (1 ml. x 3 pe zi), respectiv 3 doze pe zi, produs lipsit de contraindicații și cu toleranță excelentă.

## TULBURAREA DEPENDENTĂ A PERSONALITĂȚII

### 1. Istoric

Considerăm că istoria tulburării dependente de personalitate este scrisă de psihanaliză. Din această perspectivă, se face o analogie între **stadiul oral** al dezvoltării psihismului și tulburarea dependentă, în sensul că persoana cu această tulburare a parcurs în mod distorsionat acest moment trăit în primii ani ai existenței. Astfel, **O. Fenichel** (1945) consideră că există persoane care acționează ca și cum "niște mame ar putea fi găsite în toate relațiile lor obiectuale".

Un pas important în explicarea genezei și în conturarea personalității dependente este realizat de **K. Abraham** (1927) care descrie **caracterul oral**, în accepție de **personalitate orală**. În existența sa, aceasta are nevoie de o altă persoană care să-i poarte de grijă și "să-i ofere tot ceea ce are nevoie", condamnând-o astfel la inactivitate, postulat îndeobște ignorat atât în psihopedagogia socială cât și în practica educațională.

Asemănător caracterului oral este **tipul de personalitate compliant** descris de **Karen Horney** (1939), ca și **personalitatea cu orientare receptivă** descrisă de **E. Fromm** (1942).

Sub alt unghi, nonpsihanalitic, **tulburarea dependentă** își găsește un grad semnificativ de sinonimie în **persoana cu voință slabă** din tipologia lui **K. Schneider** (1950).

### 2. Definiție

Tulburarea dependentă a personalității se caracterizează prin **autostimă redusă**, **neîncredere în posibilitățile proprii**, **nevoie excesivă de ocrotire și îngrijire**, **incapacitatea de a lua decizii în probleme curente și tendință continuă de a acorda altuia girul propriilor responsabilități**.

Într-o definiție sintetică reținută de **Tratatul American de Psihiatrie**, tulburarea dependentă a personalității "se caracterizează printr-o **nevoie pervazivă și excesivă de a fi îngrijit**, fapt care determină un **comportament supus și adeviziv**, ca și prin **teama de separare**" (**G. J. Gunderson, Katharine Phillips**, 1995, p. 1450).

### 3. Sinonimii, includere

**Tulburarea astenică** de personalitate; Tulburarea **inadecvată** de personalitate; Tulburarea **defetistă**, **autorepresivă** de personalitate.

### 4. Factori corelativ-etologici

Printre factorii favorizanți în apariția acestei condiții, se menționează existența unei tulburări anxioase de separare la vârsta copilăriei sau o boală somatică îndelungată.

### 5. Date epidemiologice

Prevalența tulburării dependente nu este bine cunoscută deși, în urma observațiilor empirice, este foarte înalt exprimată. Astfel, se consideră că "este printre cele mai frecvente tulburări de personalitate" (**DSM-IV**, 1994, p. 66). Totodată se menționează că ea "reprezintă 2,5% dintre toate tulburările personalității" (**H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb**, 1994, p. 744).

### 6. Debut

**Tulburarea dependentă** a personalității debutează la vârsta adultă tânără, ea nefiind sinonimă cu **dependența** întâlnită la mulți copii și mai ales la copiii unici. Este posibil ca această confuzie să influențeze și datele de prevalență a tulburării dependente, care sunt atât de variate, chiar divergente.

### 7. Trăsături psihologice și psihopatologice

#### 7.1. Trăsături caracteristice (esențiale)

**Autostimă redusă prin subestimarea calităților și disponibilităților proprii**. Neîncrederea persoanei față de propriile sale posibilități se extinde și asupra propriilor opinii. În consecință, cel în cauză nu-și susține propriile opinii, nu le argumentează și nici nu se ghidează conform acestora.

**Nevoia de aprobare, de acceptare și de suport**. Cu slabă autostimă și încredere în sine, persoana trăiește nu numai nevoia aprobării, ci și a acceptării de către ceilalți, mai ales când aceștia sunt oameni influenți. Mai mult, pacientul prezintă o continuă căutare a suportului unei persoane investite (sub aspect moral, profesional, social) fără de care se simte amenințat și invalidat.

**Sacrificii în vederea obținerii aprobării suportului și îngrijirii**. Cel investit cu forță și influență nu numai că este căutat dar, odată reperat, este asaltat de către persoana cu tulburare dependentă spre a-i capacita atenția, acceptarea și sprijinul. În vederea acestui fapt, cel

cu tulburare dependentă sacrifică timp și energie, oferă dovezi de loialitate, punându-și la dispoziție întreaga sa disponibilitate și deplină fidelitate.

**Acordă altuia girul propriilor sale responsabilități.** Persoana dependentă procedează astfel nu numai pentru a-și dovedi atașamentul față de cel investit, ci și pentru că are nevoie ca alții să-și asume responsabilitatea problemelor și acțiunilor pe care le întreprinde.

**Dificultatea sau incapacitatea de a lua decizii în probleme curente.** Persoana dependentă prezintă o chinuitoare nehotărâre, nu numai în privința unor decizii esențiale, ci și în probleme curente, uneori banale, cotidiene. În consecință, aici nu este vorba numai de prudență și teama de a nu greși (întâlnite la obsesiv), ci de o incapacitate deliberativă **per se**, ca o trăsătură validă a personalității dependentului și nu ca o consecință logică a altor trăsături.

**Reducerea sau anularea inițiativelor.** Personalitatea dependentă prezintă mari dificultăți în întreprinderea unor activități din proprie inițiativă și, cu atât mai mult, în inițierea unor proiecte. Se consideră că această dificultate nu este consecința energiei reduse sau a slabei motivații, ci a lipsei de încredere în abilitățile proprii și în judecata proprie.

**Nevoia de atașament.** Persoanele cu această tulburare, pe lângă nevoia de ocrotire, dezvoltă o puternică tendință de atașare nu atât de persoana care prezintă opinii asemănătoare (întrucât el nu ține la opiniile sale), ci de o persoană care să-i accepte atașamentul. În felul acesta se explică faptul că dependentul este regăsit deseori ca pereche a diadei descrisă de clasici ca "folie à deux", el fiind, evident, partenerul submisiv care preia sistemul delirant al pacientului priniceps.

Tot ca expresie a avidității de atașament a pacientului dependent se explică și faptul că, atunci când relația sa submisivă (din diverse motive) nu mai poate fi continuată, el caută stăruitor o altă persoană care să-i asigure nevoia de îngrijire și suport.

### 7.2. Trăsături facultative sau asociate

**Teama de a fi abandonat.** Persoana dependentă este preocupată și chiar anxietată de a nu fi abandonată de către cel față de care este atașat. Cel în cauză nu poate accepta ori suporta ideea că ar putea ajunge în situația de a-și purta singur de grijă, de a decide și acționa din proprie inițiativă.

**Toleranță excesivă față de persoana investită ca protector.** Teama de abandon îl determină pe cel dependent de a fi foarte tolerant față de comportamentul inadecvat, abuziv sau despotic al celui acreditat ca protector. Astfel, un soț infidel, agresiv sau etilic este tolerat de către partenerul dependent, care își consumă existența între concesiile continue și resemnare fatalistă.

**Limitarea relațiilor sociale la cei de care sunt dependenți.** Odată asigurat că este protejat, cel dependent își limitează relațiile sociale pe care nu le mai consideră necesare. Investiția afectivă față de persoana protectoare este așa de mare, încât disponibilitățile sale afectiv-relaționale sunt epuizate.

**Evitarea responsabilităților.** Persoana cu tulburare dependentă de personalitate evită orice responsabilitate. Cu deplină autenticitate el refuză promovarea, avansarea, încredințarea unei sarcini, a unei responsabilități, întrucât știe că aceasta implică în mod echivoc inițiativă, decizie, deliberare, de care nu se simte în stare. Totuși, el este capabil să îndeplinească rugămintea, recomandarea sau ordinul celui care poartă responsabilitatea acțiunii. Altfel spus, persoana dependentă este invalidată în privința inițiativei și deciziei, dar nu sub aspectul efectuării sau executării atribuțiilor sau ordinelor.

**Tendința de a interpreta orice contrariere sau dezaprobare ca expresie a neîncrederii sau incapacității sale.** Această situație este totuși mai rar întâlnită, întrucât persoana dependentă nu își exprimă opoziția de teamă să nu-și piardă acceptarea interlocutorului. Totuși, observații negative "de principiu" sunt extrapolate și univoc apreciate ca manifestare a lipsei de încredere în posibilitățile sale.

### 7.3. Trăsături diferențiale

**7.3.1. Trăsături diferențial-culturale.** Unele grupuri sociale, etnice sau rasiale se disting prin trăsături de personalitate ilustrate prin pasivitate, printr-o redusă și strict necesară activitate, politețe, toleranță, tendință la dependență. În astfel de situații, diagnosticul de tulburare dependentă de personalitate trebuie pus cu prudență, respectiv atunci când, prin aceste trăsături, cel în cauză se abate de la normele culturale ale grupului.

**7.3.2. Trăsături diferențiale de sex.** Personalitatea dependentă prezintă o prevalență mai înaltă la femei decât la bărbați, în populația generală. În ceea ce privește tulburarea dependentă de personalitate în populația clinică, raportul femei/bărbați este egal.

## 8. Evoluție

Ca și celelalte tulburări de personalitate și aceasta prezintă o evoluție cronică; totuși, deși cronică, putem considera că evoluția este relativ favorabilă, mai ales când i se asigură securizare și ocrotire.

## 9. Invalidare funcțională și profesională

Sub acest unghi, un rol covârșitor îl joacă orientarea profesională și anume către domenii și profesii care nu impun inițiativă și decizii. Partenerul conjugal poate influența, în astfel de cazuri, în mod esențial evoluția socio-profesională a persoanei cu tulburare dependentă.

## 10. Complicații

Printre complicațiile posibile se notează tulburarea de adaptare, tulburarea anxioasă și tulburarea depresivă.

## 11. Diagnostic diferențial

Tulburarea dependentă de personalitate este atât de elocventă sub aspectul manifestărilor clinice încât, **apriori**, sunt excluse tulburările nevrotice și psihotice. În această situație, susceptibile de confuzii rămân doar alte forme de tulburare a personalității.

**Tulburarea evitantă de personalitate**, așa cum indică denumirea, prezintă o tendință de evitare a relațiilor sociale. Deseori se constată o stare de aprehensiune sau chiar de anxietate pervazivă și limitativă sub aspect relațional. Dimpotrivă, cei cu tulburare dependentă prezintă un pattern de căutare și de menținere a relațiilor sociale.

**Tulburarea histrionică de personalitate.** Aceasta este caracterizată, în primul rând, prin tendința de a se plasa în centrul atenției grupului și nevoia inconștientă de strălucire în grup, în timp ce persoanele dependente prezintă, dimpotrivă, nevoia de a se plasa în umbra altuia căruia să-i încredințeze chiar girul propriilor sale responsabilități.

**Tulburarea borderline de personalitate** este ilustrată clinic printr-un pattern de instabilitate și impulsivitate, spre deosebire de tulburarea dependentă care caută, la o persoană investită, protecție și suport stabil.

**Tulburarea schizoidă de personalitate** prezintă în prim-planul manifestărilor introversia, detașarea, sociofobia și nonimplica-

rea, în timp ce tulburarea dependentă caută să se apropie, având nevoie de ocrotire, apărare și îngrijire.

## 12. Abordare terapeutică

În situațiile în care trăsăturile tulburării dependente devin dezadaptative și ocazionează o disfuncție socio-profesională, tratamentul poate ameliora în mod semnificativ starea pacientului.

**12.1. Psihoterapia individuală.** Spre deosebire de alte forme de tulburare a personalității, aici, în tulburarea dependentă, succesele psihoterapiei sunt mai numeroase și mai elocvente. În vederea reușitei, psihoterapeutului i se recomandă următoarele:

- conștientizarea și clarificarea semnificației relațiilor de dependență;

- abținerea de a încuraja pacientul să-și modifice dinamica relației sale în pofida caracterului patologic al acesteia, întrucât o întrerupere prematură sau intempestivă poate genera anxietate și noncompliance la tratament;

- să acorde respect pentru sentimentele de atașament ale pacientului indiferent de caracterul distorsionat al acestora.

**12.2. Psihoterapia în grup** a fost utilizată recent în tulburarea dependentă, iar rezultatele obținute au fost întotdeauna favorabile.

**12.3. Psihofarmacologia** are rol adjuvant și o utilizare situațională. Ea este justificată în cazurile în care pacientul dezvoltă anxietate, atacuri de panică sau depresie. În astfel de situații sunt indicate antidepresive cu acțiune serotoninergică.

Pe de altă parte, numeroase studii efectuate în ultimii ani au evidențiat acțiunea **Hydiphen-ului (Clomipraminei)** în aria patologiei obsesivo-compulsive și a crizelor de panică, aceste rezultate completând acțiunea sa antidepresivă. Cum toate aceste fenomene clinice sunt înscrise în textura tulburării dependente de personalitate, **Hydiphen-ul** poate fi recomandat cu prioritate sub o posologie de 25+25 mg. cu administrare vespérală.

În situațiile în care fenomenologia clinică este dominată de anxietate se recomandă un neuroleptic sedativ (**Levomepromazină** tablete 25+25 mg. sau **Tioridazin** drajeuri 50 mg. vespéral) sau un antidepresiv care este în egală măsură anxiolitic și sedativ: **Herphonal (Trimipramină)** în doze de 25+50 mg. pe zi.

## TULBURAREA ANANCASTĂ (OBSESIV-COMPULSIVĂ) A PERSONALITĂȚII

### 1. Istoric

Istoria tulburării anancaste de personalitate nu poate fi disociată de aceea a nevrozei obsesive. Această diadă, la rândul ei, a fost realizată cu un secol în urmă de către **Pierre Janet** (1898) din cele două noțiuni care au făcut epocă în psihopatologia clinică și anume:

- "nevroza", termen creat de **William Cullen** (1772), prin care autorul (Profesor la Universitatea din Edimburgh) desemna ansamblul bolilor psihice și

- "obsesie" (lat. **obsessio**=asediu) noțiune lansată de **J. Falret** (1886) și preluată rapid de numeroși psihiatri care îi acordau accepția de "Psihoză conștientă".

La jumătatea secolului trecut, în psihiatria germană a apărut termenul de "**compulsie**" (**Zwang**) care avea sensul de constrângere, tradus în literatura engleză prin "**compulsion**", care definește actualmente teama de a nu comite un act impulsiv. Menționăm faptul că aceasta este etimologia și istoria noțiunii de compulsie; ea nu are altă tangență decât simpla omonimie cu latinescul "**compellere**"= a împinge, prin care, în mod eronat este definită compulsia în dicționarele din România.

Tot în psihiatria germană, în același spectru semantic, a apărut prin **K. Schneider** (1927) noțiunea de "**anancast**" (gr. **anankastos**=forțat), care a devenit sinonim cu sintagma "**obsesivo-compulsiv**".

La rândul ei, psihanaliza, prin **S. Freud** (1908), lansează termenul de "caracter anal" care își dispută (alături de "obsesivo-compulsiv" și anancast) același conținut semantic.

Conform observației lui **S. Freud**, cei desemnați prin "caracter anal" sunt caracterizați prin ordine, încăpățănare și zgârcenie, la care se adaugă deseori:

- preocupare exagerată pentru curățenia corporală și
- conștiinciozitate scrupuloasă pentru situații sau îndatoriri minore.

Psihanaliza consideră că această tulburare își află originea în stadiul anal al dezvoltării psihosexuale, supoziție teoretizată de **K. Abraham**. El adaugă noi trăsături la tabloul clinic al acestei condiții

printre care:

- tendința de a face liste, de a clasa, ordona, indexa și
- preocuparea pentru menținerea unei aparențe sociale ireproșabile.

Sintetizând trăsăturile personalității obsesiv-compulsive **Maxwell Jones** (1918) consideră că existența lor gravitează asupra triadei: curățenie - timp - bani.

Dacă până la primul război mondial istoria acestei condiții și implicit dezvoltarea ei avea loc sub semnul conceptului german de **anancast** (strâns, riguros, rigid, orgolios), după război, sub influența psihopatologiei franceze și în primul rând a lui **Pierre Janet** (1903 și 1909), tabloul clinic este interferat de elemente psihastenice. Acestea au fost preluate de psihanaliză care, prin **Wilhelm Reich** (1933), extinde fenomenologia clinică a "**caracterului anal**" prin adăugarea indeciziei, îndoielii și neîncrederii. Referindu-se la slaba rezonanță afectivă a acestor persoane, autorul le numește "mașini vii", cei în cauză fiind "la fel de prost orientați spre afecte pe cât de inaccesibile le sunt aceste afecte pentru a le putea trăi".

În conturarea tabloului clinic al **anancastului**, o contribuție esențială a avut-o **N. Petrilowitsch** (1960). El descrie **anancastul** ca opus al istericului, ca o persoană rigidă, distantă, oficială, care evită amicitia ca și atenția generală, orgolios, cu conștiința bine conturată a propriei valori, cu o ținută "aristocratică". Sub influența psihopatologiei franceze, **N. Petrilowitsch** înmoaie acest stil rigid și inflexibil prin adăugarea unor note psihastenoide: sentimentul lipsei de suport, nehotărâre, depresie.

La noi în țară, **Mircea Lăzărescu** (1973) a avut ideea originală de a sistematiza și compara trăsăturile personalității anancaste, psihastenice și fobice, aducând o serioasă contribuție în clarificarea acestor probleme, pe cât de nuanțate pe atât de slab delimitate.

Într-o încercare de esențializare și delimitare a acestor nuanțate fenomene situate la limita extremă a patologicului, cu largi implicații în viața psihică normală, putem distinge trei concepte:

- anancast
- obsesivo-compulsiv
- caracter anal

provenite din trei moduri de gândire: german, francez și psihanalitic.

Termenul de **anancast**, respectiv **persoană anancastă** sau "**boală anancastă**" (M. Lăzărescu, 1973) aparține școlii germane și este cunoscut în literatură ca pedant, scrupulos, exigent, inflexibil, hipoactiv, hipoimaginativ. Acest termen este păstrat în taxinomia europeană și utilizat de către **ICD-X** (1992) în desemnarea **Tulburării anancaste de personalitate**.

Termenul de **obsesivo-compulsiv**, respectiv **persoană obsesiv-compulsivă** aparține școlii franceze și este ilustrat prin nesiguranță, neîncredere, dubitație, avoliție, sociofobie... Acest termen este preluat de psihiatria și taxinomia americană contemporană și utilizat de către **DSM-IV** (1994) în desemnarea entității clinice mai sus menționate pe care americanii o denumesc însă "**Tulburare obsesiv-compulsivă a personalității**".

Termenul de "**caracter anal**", în sensul de **persoană cu caracter anal**, aparține psihanalizei, care face o analogie între trăsăturile psihice ale insului în cauză și caracteristicile "**stadiului anal**" al dezvoltării psihice a copilului. Prin conținutul acestor trăsături, **caracterul anal** se apropie de **persoana anancastă** (cei mai mulți vorbind de o sinonimie), îndepărtându-se de **persoana psihastenică**. Nu poate fi omis faptul că prin preocupările constante ale reprezentanților săi pentru aceste probleme, psihanaliza a contribuit în mod semnificativ la cunoașterea acestui segment al psihologiei și psihologiei psihice.

## 2. Definiție

Tulburarea anancastă a personalității poate fi definită printr-un pattern comportamental de ordine, rigoare, meticulozitate, perseverență și perfecționism, care se instituie în adolescență și însoțește persoana în cauză pe tot parcursul existenței.

O definiție recentă și autorizată insistă asupra "preocupării persoanei pentru ordine, perfecțiune, control mental și interpersonal,.... realizat cu prețul (în pofida) flexibilității, deschiderii și eficienței" (G.J. Gunderson, Katharine A. Phillips, 1995, p. 1446).

## 3. Sinonimii, includere

În cazul acestei condiții, asistăm la una din rarele situații în care cele două taxinomii internaționale recurg la noțiuni diferite pentru a desemna aceeași entitate clinică.

Astfel, **ICD-X**, în ultima sa ediție din 1992, înlătură termenul de

"**obsesivo-compulsiv**" (pe care în ediția anterioară îl consemnase în paranteză) înlocuindu-l cu acela de "**anancast**". Acest termen cu nuanță de neologism, cu sferă mai restrânsă și conținut difuz și relativ ambiguu este însă ignorat de **DSM-IV** (1994) care îl preferă pe cel tradițional, care a făcut epocă în psihopatologia europeană timp de 70 de ani. Este aici un paradox prin care experții europeni renunță la un termen clasic și de înaltă acreditare, preferând altul, cu îndoielnică valoare și cu mult mai slabă acreditare. Dimpotrivă, America de Nord ignoră termenul de **anancast** cu nuanță psihanalitică în favoarea celui european clasic și comprehensiv, de obsesivo-compulsiv.

Totuși, fidel principiului unității internaționale a terminologiei, am respectat noțiunea de "**anancast**" cu speranța că experții OMS de la Geneva vor învăța lecția morală și vor reveni la respectul valorilor clasice ale psihopatologiei europene.

## 4. Factori corelativ-etiologici

Din perspectivă genetică, se constată că tulburarea este mai frecventă la rudele biologice de gradul întâi ale obsesivo-fobicilor decât în populația generală. Din perspectivă psihanalitică, **S. Freud** a emis supoziția că tulburarea este consecința tardivă (în viața adultă) a perturbării dezvoltării psihosexuale ce are loc la vârsta de aproximativ doi ani, în **stadiul anal**, de evoluție, de unde derivă și noțiunea de "**anancast**". Se menționează însă faptul că "în urma diverselor studii efectuate, această teorie psihanalitică a stadiilor dezvoltării psihosexuale nu a fost validată" (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, J.A. Grebb, 1994, p. 745).

## 5. Date epidemiologice

Conform studiilor recente de evaluare sistematică a tulburării de personalitate obsesiv-compulsive, "prevalența acesteia este de 1% în populația generală și de 3- 10% în centrele de sănătate" (**DSM-IV**, 1994, p. 671).

Studii recente au permis constatarea că tulburarea este mai frecventă la copiii mari ca și la cei cu profesii care impun perseverență, atenție metodică pentru detalii, concentrarea pe acțiuni și figuri" (G. J. Gunderson, Katharine Phillips, 1995, p. 1447).

## 6. Debut

Constatarea și diagnosticarea tulburării s-a făcut la vârsta școlară mare, deci în jurul perioadei pubertare. Desigur, tulburarea poate debuta și ulterior, adică la adolescent sau la adultul tânăr.

## 7. Trăsături psihologice și psihopatologice

### 7.1. Trăsături caracteristice sau esențiale

**Înaltă valorizare a reglementărilor, regulilor și ordinelor,** astfel încât, în mediul familial sau profesional, disciplina este un principiu de existență, iar simțul datoriei un deziderat imediat.

**Performer ai analitismului, ai detaliilor** care le ocupă cea mai mare parte a existenței și, din acest motiv, pierd din vedere esențialul sau nu-și pot finaliza planurile, proiectele. Despre ei se poate afirma că "nu văd pădurea din cauza copacilor".

**Perfecționism extrem, militanți** și, uneori, martiri ai lucrului bine făcut, de care rareori sunt satisfăcuți.

**Voluntari ai sacrificiului pe altarul muncii și al devotamentului** pentru care își sacrifică în mod conștient toate momentele și aspectele agreabile ale existenței: odihnă, relaxare, concedii, sărbătoare, vizite, călătorii, prietenii. Pentru ei, viața, lipsită de relaxare ori sărbătoare, este o continuă mobilizare, iar binecunoscuta deviză "trăiește ca și cum ai muri mâine" le rămâne necunoscută sau în mod inconștient ignorată, fiind suprainvestită completarea antinomică a acesteia: "muncește ca și cum ai trăi o veșnicie".

**Conștiinciozitate, scrupulozitate, inflexibilitate,** atribute care pentru personalitatea obsesivă nu sunt doar norme de conduită, ci principii de existență. Ei sunt oamenii cu un înalt simț moral, justițiar și axiologic general.

**Intoleranță față de indiferență, compromis și corupție.** Promotori ai înaltelor principii justițiare și morale, cu o structură psihică inflexibilă, obsesivo-compulsivii sunt, structural, oameni ai adevărului și dreptății.

**Militanți ai standardelor înalte, autoimpuse.** Deși obsesivi, ei își propun țeluri înalte iar, pe de altă parte, analitismul excesiv și perfecționismul îi reține, întârziind sau împiedicând realizarea lor.

**Exigență față de ceilalți și tendința de a le impune propriile standarde, rigori sau stil de viață.** Din această cauză ei pot avea dificultăți relaționale, întrucât ceilalți nu pot sau nu vor să se conformeze acestor "maniaci" ai ordinii și corectitudinii.

**Neîncredere în reprezentare.** Identificat cu datoria și cu munca, obsesivo-compulsivul crede că numai el poate îndeplini activitatea respectivă și de aceea suportă greu sau nu acceptă ca altcineva să-i țină

locul; oricare altul, din nepricepere sau delăsare, nu ar face altceva decât să încurce.

**Teama de schimbare** a patternului activității cotidiene, a profesiei, a locului de muncă, a locuinței, a modului de existență. Cel cu tulburare obsesiv-compulsivă are oroare de schimbare, întrucât aceasta presupune un efort de adaptare de care el nu se simte în stare.

**Adepti ai stabilității și conservatori prin definiție.** Orice încercare de modificare, transformare sau schimbare este trăită ca o agresiune și de aceea el luptă cu înverșunare ca "totul să rămână cum este". Din perspectivă obsesională, rutina este asimilată cu armonia, iar schimbarea cu anomia, în timp ce lupta pentru stabilitate simbolizează datoria.

### 7.2. Trăsături asociate sau facultative

**Înaltă valorizare a conduitelor raționale,** devalorizarea și dezavuarea conduitelor călăuzite de afect sau sentimente. Obsesivo-compulsivii aspiră spre o clară delimitare, iar în efortul delimitărilor distincte, instrumentele inestimabile sunt inteligența și logica. Perfecționismul conduitei își găsește sublimarea în corectitudinea silogismului, care nu poate implica afecte sau sentimente, chiar dacă acestea sunt găsite uneori sublime.

**Comunicare concretă, necesară, reală.** Comunicarea persoanelor cu tulburare obsesivo-compulsivă, îndeobște parcimonioasă, se referă cu predilecție la lucruri concrete, la acțiuni care trebuiesc îndeplinite; este o comunicare acțională și descriptiv-narativă. Nu numai rigiditatea și inflexibilitatea îi impune acest stil comunicațional, ci și obsesionalitatea și prudența, întrucât el consideră că **unde-i vorbă multă, greșeala nu lipsește.**

**Incapacitate de exprimare a sentimentelor tandre,** caracteristică congruentă cu stilul său comportamental, desfășurat după un pattern previzibil. De fapt, față de persoanele apropiate și dragi, tandrețea obsesivului se exprimă prin grijă.

**Reducerea diapazonului dispozițional,** prin care nuanțarea ca și amplexarea afectelor este limitată; în consecință, pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă prezintă o slabă capacitate de rezonanță afectivă, fiindu-le străină și improprie o manifestare afectivă și, cu atât mai puțin, demonstrativă. Dimpotrivă, ei pun în surdină atât exprimarea afectelor pozitive cât și a celor negative.



**Relații interpersonale reduse**, uneori limitate la probleme strict necesare sau utilitare. Un om cu rigiditate, slabă empatie și inflexibilitate, nu poate avea relații sociale și empatice dezvoltate. Pe de altă parte, din cauza activității intense, pedant desfășurate, relațiile sunt deseori sacrificate, fiind păstrate numai cele strict profesionale.

**Indecizie, dificultăți de deliberare.** Corectitudinea, probitatea, analitismul și inflexibilitatea sunt concordante cu prudența. De fapt, trăsăturile fiecărui tip de personalitate nu sunt întâmplător alăturate, ci înmănunchiate după legi nescrise ce conferă consistență sistemului respectiv de personalitate. În consecință, trăsăturile se intercorelează și se condiționează reciproc; mai mult, se cheamă între ele spre a construi **unitatea sistemului psihologic al persoanei**. Din această perspectivă, trăsăturile mai sus-menționate ale personalității obsesiv-compulsive impun și o altă trăsătură constant întâlnită în practică, dar nereliefată în studii: prudența. Adept al pașilor mărunți, obsesiv-compulsivul este un om cu ochii în patru. Pentru el, eroarea, ca și dușmanul, nu vin din față ci se insinuează lateral, acționează prin învăluire și de aceea el, într-o continuă consolidare, este incapabil de înaintare, fapt ilustrat prin indecizie și incapacitate de deliberare.

### 7.3. Trăsături diferențiale

**7.3.1. Trăsături diferențial-culturale.** Trăsăturile obsesionale pot constitui caracteristici socio-culturale. Astfel, sunt grupuri sociale sau largi ansambluri naționale ori etnice, a căror caracteristică (chiar definitorie) este "setea de viață", după cum altele pot fi definite prin "devotamentul" sau "cultul muncii". Tocmai de aceea, în evaluarea tulburării obsesiv-compulsive de personalitate, nu trebuie incluse trăsături care exprimă uzanțe, obișnuințe, obiceiuri, tradiții, patternuri sau stiluri comportamentale, care sunt caracteristici ale grupurilor culturale.

Cu toate acestea, în culturile caracterizate prin muncă, ordine și punctualitate se constată o prevalență mai înaltă a trăsăturilor de obsesionalitate, dar nu există studii care să ateste și o creștere a prevalenței tulburării anancaste de personalitate printre membrii acestor culturi.

**7.3.2. Trăsături diferențiale de sex.** Observațiile și studiile efectuate asupra persoanelor cu tulburare obsesiv-compulsivă au evidențiat prevalența dublă a acestei condiții la bărbați față de femei.

Fără îndoială că trăsăturile personalității obsesiv-compulsive sunt mai asemănătoare, mai apropiate și, în mare măsură, integrate în trăsăturile psihologice generale ale personalității masculine și, tocmai de aceea, în eventualitatea apariției tulburării, procentul acestor manifestări este mai mare la bărbați.

### 8. Evoluție

Deși bine structurată, evoluția tulburării obsesiv-compulsive de personalitate este variabilă; astfel, pe acest fundal, în momente nefavorabile, ocazionate de situații stresante sau frustrante, pot apare obsesii propriu-zise sau fobii care determină un anumit grad de invalidare funcțională sau profesională. Alteori, mai ales când tulburarea a debutat în adolescență, odată cu intrarea în viața adultă, trăsăturile psihopatologice se atenuează, iar pacienții devin relativ tandri, relaționabili, nuanțați și maleabili. Totodată, nu trebuie omis faptul că avansarea în vârstă aduce o îngroșare, o accentuare a trăsăturilor și manifestărilor obsesiv-compulsive.

### 9. Complicații

Una dintre cele mai redutabile complicații este apariția **schizofreniei**. Deși studiile din domeniu nu au evidențiat un **debut obsesiv-compulsiv al schizofreniei**, acesta constituie o realitate. El nu trebuie confundat însă cu dezvoltarea unei schizofrenii la o persoană cu tulburare obsesiv-compulsivă. Ulterior, după decenii de evoluție a tulburării obsesiv-compulsive, persoana respectivă poate dezvolta o **depresie majoră**. De fapt, la o investigație a tulburărilor depresive prin tehnici proiective, am avut posibilitatea să constat că un număr semnificativ dintre pacienții cu stări depresive prezentau manifestări clinice obsesiv-compulsive.

### 10. Diagnostic pozitiv

Există riscul confuziei între **personalitatea obsesivă**, care prezintă într-un anumit grad trăsăturile mai sus menționate și **tulburarea obsesiv-compulsivă de personalitate**, care prezintă aceleași trăsături așa cum au fost prezentate. Se impune totuși o precizare, cu atât mai necesară cu cât opinia actuală a clinicienilor este de a aduce tulburările personalității din aria normalității în aria psihopatologiei clinice. Ca atare, numai când trăsăturile anterior prezentate se caracterizează prin inflexibilitate, dezadaptabilitate, durată și disfuncționalitate, se poate vorbi de o tulburare obsesiv-compulsivă de personalitate.

## 11. Diagnostic diferențial

Cea mai dificilă diferențiere este între **tulburarea obsesiv-compulsivă de personalitate** și **tulburarea obsesiv-compulsivă** (respectiv nevroza obsesiv-compulsivă), care este caracterizată prin compulsiuni și obsesii propriu-zise și nu prin trăsături obsesive. Desigur, invalidarea funcțională și durata relativ redusă sunt argumente decisive pentru diagnosticul de tulburare obsesiv-compulsivă.

**Tulburarea narcisică de personalitate** are ca element comun unele manifestări (în fond aspirații) de perfecționism. Totuși, spre deosebire de cei cu tulburare obsesiv-compulsivă de personalitate, care sunt continuu nemulțumiți și autocritici, narcisicii sunt încredințați că au și atins perfecțiunea și se comportă ca atare.

**Tulburarea schizoidă de personalitate** aduce în discuție detașarea socială, care la ei este structurală, în timp ce la obsesiv-compulsivi această detașare are la bază disconfortul afectiv (determinat de aceste relații sociale) și devoțiunea pentru muncă.

**Tulburarea disocială de personalitate** prezintă în comun lipsa de generozitate, care aici se manifestă prin sfidare și cinism, iar la obsesiv-compulsivi ca o reținere față de cheltuieli necesare.

## 12. Abordare terapeutică

**12.1. Psihoterapia individuală** cunoaște aici indicația de elecție, iar ca recomandări particulare pot fi reținute următoarele:

- **psihoterapia rogersiană (nondirectivă)** constituie metoda preferată de către acești pacienți și ușor de instituit de către psihoterapeuți;
- indiferent de metoda utilizată, psihoterapia în astfel de cazuri este îndelungată, dificilă, cu rezultate parțiale;
- psihoterapeutul trebuie prevenit că inflexibilitatea acestor pacienți îi poate provoca apariția unui contratransfer negativ;
- **terapia comportamentală** se înscrie ca o eventualitate bazată pe receptivitatea pacienților la recompensa pe care trebuie să le-o acorde terapeutul;
- **psihoterapia în grup** constituie o abordare dură pentru pacient, care, dacă poate depăși primele 4 - 5 ședințe, ar putea beneficia de atmosfera terapeutică a grupului.

**12.2. Psihofarmacologia**, nou introdusă în acest domeniu clinic, se bazează pe rezultatele obținute de pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă și, prin analogie, se speră că aceleași medicamente ar putea fi eficiente și în această tulburare de personalitate.

Dintre aceste medicamente cităm **clonazepamul** (o benzodiazepină cu acțiune anticonvulsivantă), **clomipramina (Anafranil)** și **fluoxetina (Prozac)**, substanțe cu care au fost obținute succese în tulburarea obsesiv-compulsivă.



Teologul

## TULBURAREA EMOTIONAL-INSTABILĂ A PERSONALITĂȚII

### 1. Statut nosografic actual

Această entitate nosografică reprezintă un exemplu pentru ceea ce putem denumi **nosomorfoză clinică**. Astfel, descrisă la începutul acestui secol (de către fondatorul nosografiei psihiatrice, **E. Kraepelin**), după ce a constituit un prototip al **psihiatriei extra muros**, tulburarea de personalitate emoțional-instabilă este actualmente dezinvestită atât sub aspectul nosografic, precum și sub aspectul conținutului clinic.

Din această perspectivă, clinică și nosografică, tulburarea emoțional-instabilă ne apare astăzi ca un meteor înscris pe traiectoria nosografiei psihiatrice a secolului nostru, care, după ce a atins zenitul în anii '60, a coborât treptat spre neant și uitare. Astfel, taxinomia cea mai radicală, autointitulată "revoluționară", ilustrată prin **DSM-IV**, (1994) a și eliminat-o din nosografie, sfidând până și scrupulul unei explicații, de fapt o palidă consolare pentru o necesară justificare. La rândul ei, cealaltă taxinomie internațională, cea europeană, a cărei prudență și circumspecție trădează conservatorismul, o descrie în ultima ediție a Clasificării Internaționale a Maladiilor (**ICD-X**, 1992), fără a-i argumenta însă necesitatea menținerii.

Tulburarea emoțional-instabilă a personalității a fost ignorată de taxinomia americană (**DSM-IV**, 1994) și menținută cu o tot mai slabă fiabilitate în Europa. În felul acesta, tulburarea de personalitate emoțional-instabilă urmează să se înscrie în muzeul nosografiei psihiatrice alături de **neurastenie**, **parafrenie** sau **melancolia de involuție**, așa cum Jugoslavia, ca și Uniunea Sovietică și Cehoslovacia, iar ceva mai înainte Austro-Ungaria au trecut în istorie.

În mod concret, nosologia și taxinomia americană, ilustrată prin **DSM-IV**, (1994) orientată (într-o riscantă hazardare) spre reevaluare și înnoire, nu mai amintește de tulburarea emoțional-instabilă, care, reprezentând aproximativ 80% din această zonă nosografică, polariza (în jurul ei) celelalte tulburări de personalitate.

În schimb, **ICD-X**, (1992), purtătorul spiritului european în noso-

logia și taxinomia psihiatrică, călăuzit de circumspecție, conservatorism și orgoliu, continuă să prezinte această entitate, fără a-i argumenta însă, în mod fiabil, statutul nosografic și necesitatea menținerii lui.

### 2. Definiție

În definiția tulburării emoțional-instabile sunt implicate trăsăturile cardinale ale acesteia și anume "instabilitatea afectivă și tendința marcată de acțiune impulsivă, fără luarea în considerație a consecințelor" (**ICD-X**, 1992, p. 204).

### 3. Sinonimii, includere

Tulburarea de personalitate emoțional-instabilă este sinonimă cu **psihopatia impulsivă** și include **psihopatia explozivă** ca și **personalitatea agresivă**.

### 4. Factorii corelativ-etiologici

Comparativ cu familiile martor, în familiile pacienților cu tulburare de personalitate emoțional-instabilă, se întâlnește o prevalență superioară a tulburărilor dispoziționale, precum și a alcoolomaniei și toxicomaniei.

### 5. Date epidemiologice

Conform datelor tradiționale, tulburarea instabil-emoțională prezintă cea mai înaltă prevalență din ansamblul "psihopatiilor". Altfel spus, psihopatia impulsivă, practic sinonimă cu tulburarea instabil-emoțională, cuprindea aproximativ 80% din ansamblul cazurilor de psihopatie. Actualmente nu se cunosc date de prevalență fiabile, cazurile respective fiind disputate între tulburarea instabil-emoțională și tulburarea borderline.

### 6. Debut

Tulburarea emoțional-instabilă apare la vârsta adultului tânăr, după cristalizarea trăsăturilor definitorii ale personalității insului. Fără îndoială, numeroși adolescenți prezintă trăsături și manifestări clinice emoțional-instabile dar, după câțiva ani, acestea se atenuază și dispar, astfel încât este riscant să punem acest diagnostic la vârsta adolescenței.

### 7. Trăsături psihologice și psihopatologice

Din aria clinică a acestei tulburări de personalitate, în mod progresiv au fost anexate diferite teritorii, care au fost însușite de alte entități nosografice și în primul rând de tulburarea de personalitate

borderline, depresivă, pasiv-agresivă etc., astfel încât, domeniul său clinic a fost redus în mod semnificativ, limitându-se actualmente la:

- **manifestări impulsive, nondeliberative**, consecutive unor incitații minore din ambianță;

- încercarea de limitare, opoziție sau de aprobare a manifestărilor impulsive, poate provoca **acte coleroase, violente**, apreciate ca "**explozii comportamentale**", cu **manifestări clactice** care uneori au implicații medico-judiciare;

- **minimalizarea sau ignorarea** de către persoana în cauză a **consecințelor negative** ce apar în urma actelor și manifestărilor impulsive;

- **apreciere retrospectivă realistă și critică**, deseori urmată de scuze și regrete;

- **capacitate de reiterare** (în urma unor incitații asemănătoare) a izbucnirilor emoționale;

- **instabilitate și versatilitate dispozițională**, independente de condițiile ambiantei.

În funcție de aspectul clinic al trăsăturilor psihopatologice, acestei tulburări de personalitate i s-au descris (în ICD-X, 1990) două forme clinice și anume:

- tulburarea de personalitate emoțional-instabilă **forma impulsivă**;

- tulburarea de personalitate emoțional-instabilă **forma borderline**.

Între aceste două tipuri, deosebirea era ne semnificativă. În plus, anumite trăsături erau repetate, în formă identică, pentru ambele tipuri. Din aceste motive, în ultima versiune a ICD-X (1992) întâlnim formulări ca cele care urmează:

- **tipul borderline** primește un statut nosografic propriu sub forma "**tulburare de personalitate-tip borderline**";

- **tipul impulsiv** este edulcorat și prezentat sub forma "**tulburare de personalitate emoțional-instabilă**".

### 8. Trăsături clinice diferențiale

**Factori etnici, culturali, rasiali** determină diferența în prevalența și, mai ales, în aspectul tabloului clinic al tulburării emoțional-instabile, care:

- este mai rară la popoarele orientale comparativ cu cele occidentale,

- este mai rară în zonele nordice decât în cele sudice,

- este mai frecventă la protestanți decât la catolici și la popoarele latine comparativ cu cele slave.

**Vârsta** imprimă, de asemenea, o **patomorfoză** a trăsăturilor emoțional-instabile (frecvente la adolescență), dar numai cristalizarea lor în viața adultă poate conferi conținut tulburării de personalitate emoțional-instabile.

### 9. Evoluție

Ca și în cazul altor tulburări de personalitate și aici, evoluția este constantă și relativ continuă pe parcursul vieții adulte, înregistrând o oarecare aplatizare pe versantul descendent al existenței.

În evoluția acestei tulburări de personalitate o influență semnificativă o exercită situațiile psihostresante și mai ales frustrante, care determină o exacerbare a manifestărilor clinice sau veritabile "decompensări" depresiv-anxioase care impun un tratament specific.

### 10. Complicații

Tulburarea emoțional-instabilă se poate complica, mai ales în cea de-a treia sau a patra decadă a existenței, prin **toxicomanie** sau prin **alcoolomanie**. Această comorbiditate, la rândul ei, sporește riscul actelor psihiatrico-judiciare, datorită faptului că drogul sau alcoolul reduc în mare măsură sau anulează frâna volițională și așa precară în aceste cazuri.

De asemenea, **distimia** ca și **depresia majoră**, precum și consecința relativ frecventă a acesteia, **suicidul**, se înscriu drept complicații severe ale tulburării emoțional-instabile.

### 11. Invalidare funcțională

Prin incapacitatea de stăpânire a afectelor, prin labilitatea dispozițională, aceste persoane nu pot fi investite cu funcții, nu li se pot încredința acțiuni, proiecte sau misiuni. Aprecierea critică retrospectivă a propriilor izbucniri coleroase (în pofida faptului că erau întrucâtva justificate) determină retragerea investițiilor grupului profesional sau social.

Din perspectivă clinică, apariția stărilor depresive sau anxioase determină o limitare sau o reducere a disponibilităților și a performanțelor profesionale, iar uneori a capacității de funcționare socio-familială.

## 12. Diagnostic diferențial

Tulburarea de personalitate emoțional-instabilă trebuie diferențiată de:

- alte tulburări de personalitate;
- tulburări de dispoziție.

**12.1. Alte tulburări de personalitate** care trebuiesc diferențiate de tulburarea emoțional-instabilă:

**Tulburarea de personalitate de tip borderline** prezintă ca elemente clinice comune cu tulburarea emoțional-instabilă impulsivitatea manifestărilor și versatilitatea relațiilor, dar se distinge de aceasta prin sentimentul de "vid interior" ca și prin sentimentul inconstistenței identității.

**Tulburarea de personalitate de tip disocial.** Conține, de asemenea, anumite trăsături clinice comune cu tulburarea emoțional-instabilă și anume: iritabilitatea, impulsivitatea, manifestări clactice, incapacitatea de a învăța din experiențele negative și reiterarea manifestărilor negative. Totuși, tulburarea emoțional-instabilă se deosebește de aceasta prin aprecierea realistă și regretul manifestărilor indezirabile, absența aroganței disprețuitoare ca și a violării normelor și regulilor sociale.

**12.2. Tulburările de dispoziție** de care trebuie diferențiată tulburarea emoțional-instabilă sunt:

**Distimia**, care prezintă ca elemente comune cu tulburarea emoțional-instabilă labilitatea afectivă, irascibilitatea și impulsivitatea. Totuși, distimia se deosebește prin diminuarea sau pierderea plăcerii, a interesului, prin dispoziția depresivă și prin "tendința de atribuire" (a pierderilor, eșecurilor și nerealizărilor) situațiilor nefavorabile ca și persoanelor rău intenționate din jur și nicidecum propriei persoane.

**Faza depresivă a ciclotimiei**, care se diferențiază de tulburarea emoțional-instabilă prin fazele expansive din antecedente și prin dispoziția depresivă relativ constantă, cu reducerea interesului, disponibilităților și performanțelor.

## 13. Abordare terapeutică

**13.1. Psihoterapia** constituie abordarea terapeutică majoră pentru tulburarea de personalitate emoțional-instabilă. Dintre numeroasele metode se poate recurge la **psihoterapia cognitivă**, fără a neglija metode mai superficiale din registrul **psihoterapiei suportive**.

Ca și în cazul altor tulburări de personalitate și pentru tulburarea emoțional-instabilă pot fi făcute unele recomandări care vizează:

- realizarea unei "alianțe terapeutice", aici cu atât mai benefice cu cât pacientul percepe slaba încredere a membrilor grupului familial sau profesional;

- înțelegerea și acceptarea autentică de către pacient a relațiilor sale inadecvate, ca și a reacțiilor și răspunsurilor deseori inoportune sau disproporționate.

**13.2. Tratamentul psihofarmacologic** este oportun în situațiile și în perioadele de rejectare, dezinvestire, ca și în binecunoscuta decompensare depresivă.

Desigur, tratamentul psihofarmacologic al acestei condiții, cu un incert statut nosografic, va fi restrictiv ca doze și durate; astfel, anxietatea și instabilitatea psihică pot fi estompate sau remise prin administrarea de **Tioridazin (Melleril)**, în doze de 20 mg pe zi (dr. de 5 mg) 1+1+2 seara.

Când la tulburările clinice susmenționate se adaugă depresia, **Herphonal-ul (Trimipramina)**, prin acțiunea sa anxiolitică, sedativă și antidepressivă, se dovedește medicamentul de elecție, doza recomandabilă fiind de 25 mg cu administrare vesperală.

**Tanakan-ul (Extractul de Ginkgo-Biloba)** poate fi utilizat cu succes, în doze de 3 ml pe zi, în timpul meselor. Substanța produce o stabilizare emoțională prin eliberarea, recaptarea și catabolizarea unor neurotransmițători ca noradrenalina, dopamina și acetilcolina.

## TULBURĂRI DE PERSONALITATE ÎN CURS DE VALIDARE

### TULBURAREA DEPRESIVĂ A PERSONALITĂȚII

Exclusă din ultima ediție a ICD-X (1992) ca și din DSM-III-R (1987) este reintrodusă în DSM-IV (1994) în paragraful "Categorii diagnostice care necesită studii suplimentare".

#### 1. Istoric

Tulburarea depresivă a personalității își află sorgintea la începutul secolului nostru, în studiile lui **E. Kraepelin** (1921), care vorbește de o **depresie de fundal**, pe care ar putea apare episoade depressive sau maniacale.

La rândul său, **E. Kretschmer** (1924) descrie **temperamentul depresiv**, ca formă atenuată a depresiei.

Cel care conturează tabloul clinic al tulburării depresive de personalitate este însă **Kurt Schneider** (1950). El descrie acești oameni ca liniștiți, serioși, sceptici, cu simțul datoriei, incapabili de a se relaxa, de a se bucura, cu un anumit grad de anxietate și nesiguranță.

Dacă **E. Kraepelin** și **E. Kretschmer** apropie depresia de fundal (depresia, ca fapt temperamental) de bolile dispoziției, **K. Schneider** (1950) vede în această depresie constantă, subclinică, o tulburare de personalitate, pe care o înscrie în clasificarea sa. În plus, el consideră că **tulburarea depresivă a personalității** are mai puternice corelații cu alte tulburări de personalitate sau cu personalitatea normală decât cu bolile dispoziției.

**Psihanaliza** este preocupată de tulburarea depresivă a personalității, pe care o prezintă sub un tablou clinic asemănător cu acel descris de **K. Schneider**, dar cu un accent particular asupra dependenței excesive a acestor persoane de dragostea și de suportul unei persoane puternice, înalt investite în plan socio-profesional.

#### 2. Definiție

În mod discursiv, această condiție este definită printr-un "pat-

tern pervaziv de tristețe și pesimism, de autocriticism, autostimă redusă, pasivitate și expresie inhibată de agresivități" (**G. J. Gunderson, Katharine Phillips**, 1995, p. 1457).

Din perspectivă generală și sintetică, această tulburare este caracterizată printr-un "pattern pervaziv de cogniții și comportamente depressive, care apar la începutul vieții adulte și se manifestă într-o varietate de contexte ... care au la bază un sentiment persistent de descurajare, lipsă de bucurie și nefericire" (**DSM-IV**, 1994, p. 732).

#### 3. Factori corelativ-etologici

Nu au fost evidențiate cauze specifice ale acestei condiții. Se constată însă că factorii incriminați în etiologia tulburărilor dispoziționale pot fi întâlniți și aici.

Studiile genetice ilustrează o creștere a prevalenței tulburărilor depresive în familiile acestor pacienți, precum și prezența tulburării depresive de personalitate la rude de gradul întâi ale unui pacient cu boala depresivă.

Studii biochimice au evidențiat, ca de altfel și în bolile depresive, implicarea axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal cu perturbări ale aminelor noradrenergice și serotoninergice.

De asemenea, evenimente vitale și, în special, pierderea unui părinte în copilărie, pot favoriza apariția tulburării depresive de personalitate.

#### 4. Date epidemiologice

Nu există date de prevalență care să se bucure de validitate. Totuși, "pe baza prevalenței tulburărilor depresive în populația generală, se apreciază că tulburarea depresivă de personalitate pare a fi comună" (**H.I. Kaplan, B.J. Sadock, J.A. Grebb**, 1994, p. 747). Se consemnează totodată că rata pe sexe este egală.

#### 5. Debut

Nici asupra debutului tulburării depresive de personalitate nu există studii valide, deși se precizează că această condiție apare "la începutul vieții adulte" (**DSM-IV**, 1994, p. 732).

#### 6. Trăsături psihologice și psihopatologice

##### 6.1. Trăsături caracteristice sau esențiale

- **incapacitate de a trăi satisfacția**, realizarea, succesul, refuzându-și bucuria sau chiar relaxarea;
- **conștiincios, responsabil, disciplinat**, exigent cu sine, chiar

intransigent, se autoanalizează cu severitate, se culpabilizează;

- **proiecție a rigorilor autoimpuse**, a autoexigenței asupra celorlalți;

- **judcători exigenți**, uneori necruțători ai comportamentului și activității celorlalți, cărora le aplică aceleași riguroase standarde;

- **tendința de analiză selectivă și riguroasă** a neîmplinirilor și eșecurilor celorlalți și minimalizarea sau scotomizarea succeselor acestora;

- **grijă excesivă** și continuă asupra existenței și activității, trăită sub spectrul imprevizibil al riscului și eșecului;

- **trăirea prezentului sub aura îndoielii** și scepticismului, în pofida indiciilor și constatărilor contrarii;

- **anticipări și expectații** (pe care le prezintă ca premoniții) **negative** asupra desfășurării ulterioare a evenimentelor.

### 6.2. Trăsături facultative sau asociate

- **autostimă redusă** și o mare disponibilitate pentru autoculpabilizare și chiar autoblamare;

- **sentimente de inadecvare** și trăirea unei stări cronice de siderare a dispoziției și voinței;

- **tendința de a suferi în tăcere**, cu momente de catarsis afectiv desfășurat cu discreție, în solitudine;

- **tendința de ezitare**, de indecizie, dificultăți în deliberare și teamă de dezaprobare;

- **autocritici**, derogativi și denigratori ai activității și persoanei lor;

- **liniștiți, introverțiți, pesimiști, nonasertivi.**

### 7. Evoluție

În mai mare măsură decât în cazul altor tulburări de personalitate, aici evoluția cronică este mai elocventă. În plus, la vârste mai avansate, pe fondul tulburării depresive de personalitate se poate presupune o tulburare distimică sau o tulburare depresivă majoră.

### 8. Diagnostic diferențial

**Trăsături depresive ale unei personalități normale** ilustrate prin introversie, pasivitate, pesimism, nonasertivitate și autoculpabilizare. Spre deosebire de tulburarea depresivă a personalității acestea nu au un pattern pervaziv, nu provoacă tulburare marcată și nici invalidare socio-profesională.

**Tulburarea distimică**, este ilustrată clinic printr-o mai mare fluctuație a dispoziției, prin caracterul episodic (deși cu durată îndelungată al manifestărilor) ca și prin prezența unor factori precipitanți ai debutului.

### 9. Abordare terapeutică

**9.1. Abordarea psihoterapeutică.** Se consideră că în tulburarea depresivă a personalității, psihoterapia constituie abordarea "de elecție". Din ansamblul metodelor terapeutice este de preferat **psihoterapia rogersiană** (centrată pe pacient) cu care s-au obținut rezultate semnificative.

Fiind vorba de o tulburare depresivă, nu poate fi ignorată **psihoterapia cognitivă**, care-l ajută pe cel în cauză să descifreze și să-și clarifice distorsiunile cognitive.

Au fost, de asemenea, comunicate rezultate favorabile prin participarea acestor pacienți la **psihoterapia de grup**.

**9.2. Abordarea psihofarmacologică.** Atât fenomenologia clinică precum și natura acestei condiții o mențin în **spectrul depresiei**, fapt care impune un tratament antidepresiv specific. Acesta are în vedere atât o ameliorare efectivă a stării clinice a pacientului, cât și o evitare a "complicațiilor", printre care sunt menționate **distimia** și **depresia majoră**.

Printre antidepresivele reputeate menționăm **Hydiphen-ul (Clomipramina)**, care prin acțiunea sa farmacodinamică se află în centrul scalei antidepresivelor (cuprinsă între polul **timoleptic** și **time-tetic**), dozele uzuale aici fiind de 25+25 mg (orele 17 și 21) sau o fiolă (25 mg) vespéral.

Pentru situațiile în care depresia este interferată de anxietate am obținut rezultate favorabile cu **Herphonal (Trimipramină)**, un antidepresiv "**timoleptic**", deci sedativ și anxiolitic, în doze de 25 mg pe zi, cu administrare vespérală.

În cazurile în care fenomenologia clinică nu este exacerbată și în cure terapeutice de durată, recomandăm extractul standardizat de **Ginkgo-biloba**, respectiv **Tanakan**, sub formă de soluție (1 ml x 3 pe zi, în timpul meselor principale sau 3 tablete pe zi). După cum s-a mai precizat, **Tanakanul** se bucură de o toleranță excelentă, fiind lipsit de efecte secundare negative și implicit de contraindicații.

Observații noi atrag atenția asupra antidepresivelor cu acțiune serotoninergică precum **Sertralina (Zoloft)**, în doze de 25-50 mg/zi.

## TULBURAREA PASIV - AGRESIVĂ A PERSONALITĂȚII

Exclusă din ultima ediție a ICD-X (1992) este menținută în DSM-IV (1994) la capitolul "Categorii diagnostice care necesită studii suplimentare".

### 1. Istoric

Un tablou clinic asemănător cu acela al tulburării pasiv-agresive a descris **K. Schneider** (1923, cit. 1950) sub numele de **depresie cu temperament rău**; era vorba de persoane iritabile, malițioase, ranchiunoase, morocănoase, cărora nu le plăcea nimic și nu plăceau pe nimeni.

Cu un accent particular asupra **caracterului oral**, **K. Abraham** (1924) aduce din psihanaliză o descriere asemănătoare cu aceea a conaționalului său **K. Schneider**.

În opinia noastră, tabloul clinic descris de cei doi autori germani se aseamănă în mare măsură cu tabloul actual al distimiei.

### 2. Definiție

Tulburarea pasiv-agresivă este caracterizată printr-un "pattern pervaziv de rezistență pasivă la cererile de performanță profesională și socială adecvată, ca și printr-o atitudine negativistă" (**G.J. Gunderson, Katharine Phillips**, 1995, p. 1458).

### 3. Sinonimii, includere

Întrucâtva particular și contradictoriu, termenul de **pasiv-agresiv** are un grad înalt de specificitate, fapt care nu a permis crearea altora cu aceeași semnificație. Totuși, **DSM-IV** (1994) denumesc această condiție **tulburare negativistă de personalitate**.

### 4. Factori corelativ-etiologici

În tulburarea pasiv-agresivă nu au fost evidențiați factori etiologici relativ specifici. Totuși **teoria învățării** găsește aici un grad semnificativ de plauzibilitate. Astfel, se consideră că unii părinți (probabil din cauza propriilor conflicte) devin autoritari sau agresivi cu copiii, inhibându-le sau blocându-le disponibilitatea afirmării personale. Într-o astfel de situație, copiii învață să-și deturneze ostilitatea și mânia dinspre părinți spre propriul lor Eu. Este un fenomen psihodi-

namic de sancționare a agresorului. Acest fapt mai poate fi constatat la anumite grupuri socio-culturale, care încearcă să marginalizeze anumiți inși pe criterii etnice sau rasiale.

Un fenomen asemănător este întâlnit la unii adolescenți, care pe de o parte doresc să-și obțină un grad mai înalt de autonomie, iar pe de altă parte nu pot renunța la serviciile și la suportul grupului parental. Uneori, în viață, un astfel de adolescent reeditează paradigma în mod inconștient în relațiile sale cu orice figură autoritară. Pe de altă parte, structura sa de personalitate îl împiedică pe pacient să-și elaboreze modalități eficiente de a face față.

**Rolul anxietății.** În situațiile în care pacientul ar avea totuși disponibilități de a face față, partenerul (mai ales când este puternic și agresiv) poate descuraja sau sancționa eforturile sale de autoafirmare, creându-i o stare de anxietate. Totodată, pacientul învață că nu-și poate exprima intențiile și dorințele în mod deschis și direct, fapt care îi reconstituie vechiul pattern de exprimare indirectă și pasivă a ostilității și mâniei sale.

Alteori, pacientul este marcat de o teamă difuză, generalizată, o teamă pentru ceea ce se va întâmpla, o teamă proiectată în viitor. Este **anxietatea ca fapt de comorbiditate** care inhibă pacientul în tendința de a încerca un comportament direct și independent.

### 5. Date epidemiologice

Prevalența tulburării pasiv-agresive, necunoscută până în ultimii ani, este estimată la "1-3% din populația generală și la 2-8% din populația clinică" (**G.V. Gunderson, Katharine Phillips**, 1995, p. 1458). În privința prevalenței pe sexe, datele existente sunt contradictorii, iar observațiile personale sunt nesemnificative pentru a oferi procente; totuși, din perspectiva psihologiei diferențiale, personalitatea femeii prezintă un risc mai mare pentru această tulburare.

### 6. Debut

Nu au fost raportate date asupra debutului tulburării pasiv-agresive; oricum, recomandăm o rezervă în intenția de a pune acest diagnostic la vârsta copilăriei și mai ales la adolescență, datorită aspectelor contradictorii ale psihismului întâlnite relativ frecvent în aceste perioade. Cu toate acestea, într-o apreciere generală, consemnată chiar în definiția tulburării, se precizează că ea "debutează timpuriu în viața adultă" (**DSM-IV**, 1994, p. 733).



## 7. Trăsături psihologice și psihopatologice

### 7.1. Trăsături caracteristice sau esențiale

**Rezistența la solicitare sau îndemn**, insuficient conștientizată, constituie o expresie deghizată a pulsionilor agresive ale pacientului; acesta sau se opune în mod direct, dar tace, amână, sau își exprimă acordul în mod formal, neconvingător, echivalent cu un refuz disimulat.

**Temporizare sau amânare a răspunsului** la rugămintă, ordin sau solicitare; este o trăsătură strâns corelată sau care poate fi derivată din rezistența mai sus menționată.

**Caracterul indirect, sugerat sau chiar disimulat al formulării cererilor**, al exprimării dorințelor.

**Dependența ostilă față de persoana semnificativă** cu care se află în relație, în pofida agresivității pe care o resimte față de aceasta.

**Refuzul schimbării și eliberării din relația de dependență** care nu-i permite o existență liberă și autocritică, pe care o trăiește în plan fantasmatic.

**Comportament lamentativ-atributiv**, în sensul că pune pe seama celorlalți, culpabilizându-i, propriile-i insuccese, eșecuri, pierderi.

### 7.2. Trăsături facultative sau asociate

**Retroflexia ostilității** față de persoana semnificativă asupra propriei persoane și acceptarea masochistă a limitării și frustrării.

**Opoziție față de autoritate** (în special față de figurile autoritare) ilustrată cu precădere în situații profesionale sau sociale.

**Anxietate secundară** situațiilor în care defensiva lor obișnuită nu mai este posibilă, sau în condițiile în care sunt obligați să accepte o schimbare.

**Acceptarea (pasivă) și egoistă a planurilor și acțiunilor** persoanei semnificative (soț sau șef), deși au convingerea nereușitei lor și refuzul ostil de a propune îndreptarea sau corectarea.

**Resentimente și invidie** față de colegii care au obținut succese, situații favorabile sau un statut socio-profesional superior.

**Noncarismatici**, se manifestă ca ursuzi, iritabili, morocănoși, arțăgoși și cinici.

**Impresia că sunt neînțeleși**, insuficient apreciați, marginalizați sau chiar înșelați.

**Defect de relaționare și integrare**, datorită egoismului, indife-

renței, lamentativității și heteroatribuirii insucceselor, insatisfacțiilor și frustrărilor proprii.

**Automanipularea** în tendința de explicare și, mai ales, de justificare a poziției lor de dependență.

**Scepticism nedisimulat** (expresie a unui masochism camuflat) a oricărei posibilități de schimbare sau de ameliorare a stării sale.

**Ambivalență în deliberare**, acțiuni sau situații.

**Neîncredere în forțele proprii și slabă autostimă**, trăsături ilustrate printr-o conduită defetistă asupra lumii, evenimentelor, persoanelor.

## 8. Evoluție

Diagnosticul de tulburare pasiv-agresivă se pune cu relativă ușurință, dar studiile de urmărire confirmă în mică măsură acest diagnostic. Astfel, după o perioadă variabilă, în general după câțiva ani, cea mai mare parte dintre cei diagnosticați cu tulburare pasiv-agresivă erau **depresivi**. Într-adevăr, așa cum am putut preciza în alt context, actuala **distimie** se aseamănă cu tulburarea pasiv-agresivă atât sub aspectul manifestărilor clinice, cât și al evoluției sau, mai corect spus, al persistenței trăsăturilor.

În afara distimiei, studiile de urmărire au relevat evoluția spre **tulburări somatoforme** cu evoluție cronică sau spre **tulburări hipochondriace**.

Un procent redus de pacienți diagnosticați ca pasiv-agresivi au dezvoltat, după aproximativ un deceniu, **schizofrenie**; practic, sub 10% dintre pacienții reinternati pentru tulburare pasiv-agresivă prezentau, de fapt, schizofrenie. Observații clinice, desigur limitate și nesistematizate, ne permit observația că mult mai mulți pacienți cu schizofrenie intră în boală cu un comportament pasiv-agresiv.

## 9. Complicații

Deși **distimia** sau **schizofrenia** sunt interpretate drept complicații ale tulburării pasiv-agresive, considerăm că cele două boli au debutat prin manifestări asemănătoare cu cele din tulburarea pasiv-agresivă, oferind astfel un diagnostic eronat.

**Suicidul** este o complicație posibilă dar, și aici se pune problema unei depresii, care a fost diagnosticată ca tulburare pasiv-agresivă.

## 10. Invalidare funcțională

Dependența, dar mai ales caracterul contradictoriu, ca și ambiguitatea trăirilor și manifestărilor clinice ale acestor pacienți antrenează o reală invalidare funcțională. Aceasta este sporită de dificultățile de relaționare și de integrare pe care le prezintă pacientul pasiv-agresiv.

## 11. Diagnostic diferențial

**Distimia** se aseamănă cu tulburarea pasiv-agresivă prin lamen-tativitate, scepticism, nonimplicare, diminuare a interesului și a plăcerii; de asemenea, prin evoluția sa îndelungată, de minimum doi ani, poate crea confuzii cu tulburarea pasiv-agresivă.

**Tulburarea dependentă a personalității** prezintă manifestări asemănătoare cu tulburarea pasiv-agresivă. În tulburarea dependentă nu este întâlnită însă ostilitatea și ambiguitatea față de partener ci, dimpotrivă, nevoia de atașare și securizare.

**Tulburarea de graniță (borderline) a personalității**, prin polimorfismul trăsăturilor sale, poate crea confuzii cu tulburarea pasiv-agresivă, de care se deosebește însă prin mai mare instabilitate, mai puternică rezonanță afectivă, o exprimare mai strictă și mai agresivă în formularea cererilor și a doleanțelor.

**Trăsături pasiv-agresive** întâlnite în viața curentă la o **personalitate normală**, mai ales în condiții de autoritate: serviciu riguros, armată, închisoare. În astfel de situații, diagnosticul de tulburare pasiv-agresivă se pune numai când trăsăturile sunt inflexibile, maladaptative și produc invalidare funcțională.

## 12. Abordare terapeutică

**12.1. Abordarea psihoterapeutică** impune, ca și în cazul altor tulburări de personalitate, anumite precauții dintre care menționăm:

- mai ales la începutul curei de psihoterapie, pacientul dezvoltă un contratransfer negativ față de psihoterapeut;
- cu cât resentimentele pacienților față de ceilalți sunt mai intense, cu atât contratransferul lor negativ (asupra psihoterapeutului) va fi mai puternic;
- abilitatea psihoterapeutului de a doza răspunsurile la solicitările pacientului (știut fiind faptul că îndeplinirea dorințelor sale îi consolidează trăsăturile, iar neîndeplinirea lor îi acreditează ostilitatea) constituie cheia succesului în psihoterapia acestei condiții.

Conform datelor din literatură, **psihoterapia suportivă** a contribuit la obținerea celor mai bune și mai durabile rezultate.

Rezultate bune s-au obținut, de asemenea, prin **psihoterapie analitică**, dar numai în condițiile unei riguroase selecții.

Desigur, **terapia cognitiv-comportamentală**, larg aplicată în ultima perioadă, este investită cu bune rezultate. În acest cadru se va insista asupra antrenamentului capacității de afirmare.

**Psihoterapia de grup** a fost recent aplicată în tulburarea pasiv-agresivă, rezultatele sale fiind apreciate ca "foarte utile". Și aici, în atmosfera terapeutică a grupului, psihoterapeutul trebuie să încurajeze foarte activ disponibilitatea de autoexprimare a pacientului.

**12.2. Abordarea psihofarmacologică.** Tratamentul psihofarmacologic se instituie numai când situația clinică îl impune. Totodată, nu trebuie neglijată eventualitatea unei **depresii atipice**, care evoluează sub o fenomenologie clinică pasiv-agresivă, cu disponibilitatea suicidară consecutivă.

În aceste situații se poate recurge la **Hydiphen (Clomipramina)**, un antidepresiv care ocupă o poziție ortotimizantă centrală pe axa **timoleptic-timetetic**. Desigur, dozele vor fi moderate de 25+25 mg pe oral sau fiole de 25 mg.

Întrucât, așa cum s-a constatat din descrierea clinică, tulburarea pasiv-agresivă este corelată relativ frecvent cu anxietatea, astfel de cazuri impun administrarea de **Herphonal (Trimipramin)**, un produs antidepresiv și totodată anxiolitic-sedativ, în doze de 25+50 mg pe zi administrate desigur predominant vespéral.

În situațiile în care depresia, deși prezentă, nu este puternic manifestată, pacienții pot beneficia de tratament cu **Tanakan** (extract standardizat de **Ginkgo biloba**), medicament cu toleranță excelentă și lipsit de efecte secundare sau contraindicații. El are o acțiune semnificativă asupra tulburărilor depresive, pe lângă ameliorarea disponibilităților mnezice și a eficienței cognitive.

## TULBURĂRI DE PERSONALITATE CONTROVERSATE

Entitățile clinice care fac obiectul acestui capitol, înrudite cu tulburările de personalitate, au fost denumite **Schimbări persistente ale personalității datorate unor situații psihopatologice sau unor condiții psihiatrice.**

În această grupă au fost incluse două entități asemănătoare în plan clinic, dar diferite sub alte aspecte și mai ales etiopatogenic:

- schimbarea persistentă a personalității după o trăire catastrofică, și
- schimbarea persistentă a personalității după o boală psihică.

### 1. Definiție

Aceste condiții clinice alcătuiesc "un grup ce include modificări ale personalității și comportamentului adulților, care se dezvoltă după un stres catastrofic sau excesiv și prelungit, ori după o boală psihică severă, la persoane fără tulburări de personalitate anterioară" (ICD-X, 1992, p. 208)

### 2. Sinonimii și corespondențe în alte taxinomii

Mai ales în a doua jumătate a secolului nostru, psihiatria europeană a fost preocupată de astfel de condiții clinice, ca și de altele asemănătoare, cel puțin sub aspect etiopatogenic, pe care le-a denumit:

- **psihoze carcerale,**
- **psihoze de detenție,**
- **schimbări durabile ale personalității** neatribuibile unei boli sau leziuni cerebrale masive (ICD-X, 1990),
- **modificări de personalitate persistente,** care nu pot fi atribuite leziunii sau bolii cerebrale (ICD-X, 1992).

### 3. Precizări noțional-semantice

Aceste modificări sau schimbări persistente ale personalității se află în strânsă corelație cu tulburările de personalitate.

Spre deosebire însă de **tulburările de personalitate,** care cunosc o anumită procesualitate prin modul lor de apariție și manifestare, **modificările persistente ale personalității** se disting prin:

- o cauză evidentă și brutală, care poate apare în orice moment al

vieții adulte, care este urmată de  
- o modificare elocventă a personalității insului, care până atunci a avut o funcționare corespunzătoare.

În fapt, considerăm că **tulburarea de personalitate se dezvoltă,** în timp ce **modificarea de personalitate apare** la un moment dat;

- **tulburarea personalității** presupune existența unui filon ereditar mai mult sau mai puțin evident, o structură psihică labilă sau dizarmonică și un anumit grad de vulnerabilitate psihică;

- **modificarea personalității** apare pe o structură psihică, în urma unei influențe deosebit de puternice, într-adevăr catastrofice, susceptibile de a schimba orice personalitate, indiferent de armonia structurării sau gradul ei de stabilitate; tocmai de aceea,

- **tulburarea personalității se dezvoltă** (în mod lent, insidios) în timp ce

- **modificarea personalității apare** după o situație catastrofică.

### 4. Asupra statutului nosografic al schimbării persistente de personalitate

Statutul nosografic al acestor condiții este controversat, în unele țări fiind acceptat iar în altele contestat. Astfel, cu excepția țărilor de limbă engleză, în Europa, ca și în numeroase țări ale lumii, aceste entități clinice sunt acceptate. Ele au fost preluate și reevaluate de experții OMS și inserate în ICD-X, (1992), la a cărei elaborare au participat aproape 1.000 de psihiatri din 52 de țări ale lumii.

Cu toate acestea, în pofida acestei largi acceptări, în DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), ca și în Comprehensive Textbook of Psychiatry (1989 și 1994) sau în Oxford Textbook of Psychiatry (1989) aceste noi entități psihiatrice nu figurează.

Nu există explicații asupra acestei situații (privind neacceptarea noilor condiții) dar putem emite unele explicații. Acestea au în vedere:

- modul de abordare clinică și de construcție nosografică,
- experiența (concretă) de viață, istorie și tradiție.

### Deosebiri în modul de abordare clinică și de construcție nosografică

În Europa predomină modul de abordare analitic, exprimat prin demersul anamnestic, în fapt **diacronic,** în care pacientul este analizat retrospectiv, pornindu-se de la momentul nașterii sale până în prezent. Altfel spus, pe lângă investigația "actuală" predomină anali-

za longitudinală care poate evidenția influențe, schimbări, diferențe.

În Statele Unite ale Americii, unde a fost elaborat **DSM-ul**, accentul examenului clinic este pus pe **hic et nunc**, pe investigația actuală, pe secțiunea transversală, precum și pe un raționament clinic de **orientare nomotetică**.

În felul acesta, spre deosebire de gândirea medicală europeană, în examinarea clinică americană există un risc mai mare de a nu fi observată modificarea sau schimbarea, mai ales când aceasta survine (nu în plan fizic, somatic, ci) în plan comportamental, psihologic.

**Deosebiri în experiența de viață, istorie și tradiție.** Spre deosebire de Europa, Statele Unite ale Americii și într-o anumită măsură Anglia, prin poziția lor geostrategică, dar și prin organizarea lor socio-politică, nu au cunoscut (în aceeași măsură ca Europa Continentală) lagărele de concentrare, captivitatea, tortura și dezastrelor care se înscriu în etiologia **modificărilor persistente ale personalității**.

Întrucât cele două sisteme ale nosografiei psihiatrice (**ICD, 1992** și **DSM-IV, 1994**) sunt internaționale și actuale, cum ambele sisteme au fost elaborate de numeroase grupuri de experți din numeroase țări și instituții psihiatrice, nu putem avansa opțiuni în vederea acceptării sau respingerii acestor entități clinice, dar avem obligația de a le sintetiza și prezenta, pentru ca psihiatrii, în cunoștință de cauză, să le poată respinge sau accepta.

### 5. Trăsături generale de diagnostic

Sub aspect clinic, aceste entități sunt caracterizate prin:

- modificări elocvente și persistente ale modului de percepere, relaționare și gândire asupra ambianței și sinelui;
- aceste modificări ale personalității apar în urma unei trăiri existențiale psihic-devastatoare sau după tulburări psihice severe și prelungite;
- modificarea personalității este exprimată printr-un comportament inflexibil și dezadaptativ, necunoscut anterior la persoana respectivă;
- comportamentul, inflexibil și dezadaptativ, nu constituie o manifestare a unei alte boli mintale și nici o stare reziduală a acesteia;
- modificarea personalității nu este secundară unei leziuni cerebrale severe sau unei boli cerebrale.

## SCHIMBAREA PERSISTENTĂ A PERSONALITĂȚII DUPĂ O TRĂIRE CATASTROFICĂ

### 1. Definiție

Această condiție poate fi definită ca o modificare elocventă, dezadaptativă și persistentă a personalității, exprimată în modul de a percepe, de a gândi și de a se relaționa, survenită în urma trăirii unei situații existențiale vital-amenințătoare.

### 2. Condiții de apariție

Situația psihotraumatizantă sau psihostresantă, susceptibilă să determine schimbarea persistentă a personalității, prezintă:

- de o severitate extremă, încât poate modifica orice structură psihică;
- schimbarea personalității este clar corelată cu trăirea catastrofică și nu poate fi explicată printr-un anumit grad de vulnerabilitate psihică;
- în condițiile etiologice considerate catastrofice (dezastre, tortură, captivitate, condiția de ostatec etc.) există un pericol existențial iminent.

### 3. Trăsături psihologice și psihopatologice

Schimbarea psihică persistentă constă în apariția unor manifestări și atitudini necunoscute anterior la persoana respectivă și anume:

- stare de insecuritate și anxietate,
- dispariția oricărei dorințe de afirmare sau de realizare,
- abandonarea planurilor, proiectelor,
- siderarea sau pierderea ambițiilor și speranțelor, retragerea investițiilor afective,
- retragere, îndepărtare și înstrăinare socială,
- pierderea disponibilității de relaționare,
- neîncredere și ostilitate față de membrii grupului familial sau profesional.

### 4. Criterii de diagnostic

Spre deosebire de alte condiții nosografice, în care pentru diagnosticul pozitiv sunt invocate manifestările clinice caracteristice, aici, pentru diagnosticul de schimbare a personalității un criteriu

diagnostic esențial este reprezentat de elementul cauzal, respectiv de situația care a determinat schimbarea. În consecință, **criteriile diagnosticului pozitiv sunt:**

- schimbarea evidentă și persistentă a personalității pacientului;
- existența în antecedentele imediate a unei situații dramatice și a trăirii catastrofice;
- schimbarea apărută în personalitatea insului nu poate fi atribuită vulnerabilității sale psihice;
- astfel apărută, fenomenologia clinică tinde spre o evoluție cronică, durata acesteia fiind estimată la minimum doi ani;
- schimbarea personalității este dezadaptativă și determină un grad semnificativ de invalidare în funcționarea profesională, familială sau socială;
- dacă persoana respectivă nu are familie sau nu este bine cunoscută în grupul socioprofesional, sau aparține unei subculturi, schimbarea personalității trebuie confirmată de cineva care l-a cunoscut, denumit informant-cheie.

#### 5. Diagnostic diferențial

Pentru a distinge schimbarea personalității de alte condiții clinice asemănătoare, sunt luate în considerație manifestările apărute în urma unor situații psihotraumatizante, psihostresante sau frustrante. Practic, este vorba de așa numitele "**stări reactive**" ale psihiatriei tradiționale. Manifestările clinice ale acestor condiții, prin conținutul și forma lor, se prezintă însă ca simptome și nu ca trăsături de personalitate.

Analiza clinică diferențiată are în vedere, cu precădere, următoarele condiții clinice:

- **tulburarea de stres posttraumatic** poate determina o schimbare a personalității, dar aici nu are loc o schimbare propriu-zisă și persistentă a personalității, ci numai o manifestare, mai mult sau mai puțin îndelungată, a tulburării de stres;
- **modificarea personalității consecutivă unui moment critic**, (de exemplu un accident rutier) dar, o astfel de modificare este mai ales expresia unei vulnerabilități particulare decât a factorului exogen;
- **modificarea personalității** determinată de:
  - infecții neurocerebrale,
  - traumatisme craniocerebrale,
  - boli neurologice,

toate acestea fiind excluse prin evidențierea factorului etiologic, în urma unei minime anamneze;

- **tulburări de tip schizoid, evitant sau dependent** ale personalității, dar în aceste situații:

- nu a existat un stres existențial,
- în cazurile în care a existat totuși un astfel de stres, el nu a precedat, ci a urmat debutul tulburării de personalitate.

TULB. DE PERS. GENERAL-VALIDATE	POPULAȚIA GENERALĂ	CENTRE DE SĂNĂTATE MENTALĂ	SPITALE PSIHIATRICE
TULB. PARANOIDĂ	0,5 - 2,5%	2 - 10%	10 - 30%
TULB. SCHIZOIDĂ	0,5 - 7%	—	—
TULB. DISSOCIALĂ	4%	15%	30%
TULB. BORDERLINE	30 - 60%	—	—
TULB. HISTRIONICĂ	2 - 3%	10 - 15%	—
TULB. ANXIOASĂ (EVITANTĂ)	1 - 10%)	10%	—
TULB. DEPENDENTĂ	2,5% din ansamblul tulb. de personalitate		
TULB. ANANCASTĂ (OBSESIV- COMPULSIVĂ)	1%	3 - 10%	—
<b>TULB. DE PERS. PARȚIAL-VALIDATE</b>			
TULB. SCHIZOTIPALĂ	3% (11 - 20%)	—	—
TULB. NARCISICĂ	1%	2 - 16%	—
TULB. EMOȚIONAL-INSTABILĂ	—	—	—

Tabel asupra prevalenței tulburărilor de personalitate, conform datelor prezentate de DSM-IV, 1994

## SCHIMBAREA PERSISTENTĂ A PERSONALITĂȚII DUPĂ O BOALĂ PSIHICĂ SEVERĂ

### 1. Definiție

Reprezintă modificarea evidentă și persistentă a personalității determinată de trăirea fenomenologiei clinice a unei boli psihice severe, în condițiile unei vulnerabilități specifice.

### 2. Condiții de apariție

Acestea au în vedere existența unei boli psihice severe, a cărei fenomenologie clinică pervazivă este percepută și trăită de pacient cu o înaltă rezonanță afectivă negativă. Pe de altă parte, trăsăturile de personalitate modificate nu pot fi atribuite remisiunii incomplete sau manifestărilor reziduale ale bolii implicate în etiopatogenia acestei condiții.

### 3. Sinonimii și corespondențe

În practica psihiatrică din țara noastră este tot mai frecvent folosită sintagma diagnostică "stare psihopatoïdă postprocesuală". Ea nu figurează în noile sau în relativ recente taxinomii (DSM-III, R, 1987; DSM-IV, 1994; ICD-X, 1992) dar, întrucât este frecvent întâlnită, pune problema eventualelor diferențieri, corespondențe sau sinonimii. Desigur, această problemă impune o analiză mai amplă a psihiatrilor clinicieni dar, în opinia noastră, sinonimia este exclusă, întrucât:

- sintagma "**stare psihopatoïdă**" implică, în accepția curentă, o componentă organică, nevalidată de cercetarea științifică;
- la acest "gen proxim", de stare psihopatoïdă, este adăugată diferența specifică de "**postprocesual**", un concept taxinomic jaspersian conform căruia psihozele erau considerate "**proces**" psihopatologice (alături de "**reacții**" și "**dezvoltări**" psihopatologice);
- această conotație "postprocesuală" aduce în discuție corelația cauzală, termenul de **postprocesual** fiind concordant și corelativ cu cel de **rezidual**; ori,
- schimbarea persistentă a personalității după o boală psihică "trebuie să fie diferențiată de starea reziduală, ca și de alte stări de remisiune" (ICD-X, 1992, p. 210).

### 4. Trăsături psihologice și psihopatologice

În mare măsură asemănătoare cu acelea ale personalității **dependente**, aceste manifestări clinice sunt atribuite "trăirii traumatice" a manifestărilor pervazive ale unei boli psihice considerate severe. Ele se manifestă prin:

- convingerea pacientului de a fi marcat, puternic modificat, sub aspectul trăirii și simțirii, de boala psihică anterioară;
  - sentimentul incapacității de a realiza și menține relații interpersonale autentice, bazate pe încredere;
  - siderarea disponibilităților motivaționale de angajare, de implicare, de participare;
  - retragerea investițiilor afective, reducerea intereselor, dorințelor și ambițiilor;
  - comportament pasiv, cu distanțare și izolare socială;
  - dependență excesivă și atitudine solicitantă față de ceilalți;
  - adoptarea statutului de bolnav cu acuze somatoform-hipocondriace;
  - labilitate afectivă sau dispoziție disforică, care nu reprezintă manifestarea unei tulburări sau consecința unei boli anterioare;
  - reducerea sau invalidarea funcționării profesionale și sociale, comparativ cu capacitatea de funcționare socioprofesională premorbidă.
- ### 5. Criterii de diagnostic
- În opinia noastră nu sunt suficient de clare și impun o atență nuanțare față de manifestările **reziduale** sau acelea ale **remisiunii parțiale** a bolii psihice cauzatoare. Astfel, se apreciază că modificările personalității în cauză implică următoarele repere diagnostice:
- existența unui pattern inflexibil și dezadaptativ de trăire afectivă și funcționare care, la rândul său, antrenează;
  - un grad variabil de suferință subiectivă și invalidare în funcționarea interpersonală, socială și profesională;
  - manifestările sunt determinate de o boală psihică permanentă și trăită de pacient ca "extrem de stresantă" și profund perturbatoare a imaginii de sine;
  - modificarea de personalitate astfel realizată este persistentă și are o durată de minimum doi ani;
  - această modificare nu este expresia manifestărilor unei schizofrenii reziduale, insuficient remise ori pe cale de cronicizare; dimpotrivă,

- modificarea personalității "apare după recuperarea clinică dintr-o tulburare mintală" (ICD-X, 1992, p. 210).

### 6. Diagnostic diferențial

Distincția de alte condiții clinice asemănătoare este probabil cea mai dificilă din întreaga patologie psihiatrică. Astfel, se impune excluderea unei:

- **schizofrenii în remisiune parțială**, ca și a unei **schizofrenii reziduale**, în care întâlnim, totuși, simptome (deși reduse ca amplitudine, ori slab manifestate) și nu trăsături modificate de personalitate; în plus, situațiile menționate nu atestă "o remisiune clinică" a manifestărilor;

- **tulburări de personalitate de tip schizoid sau depedent**, (care prezintă mari asemănări sub aspectul trăsăturilor clinice), dar aici lipsește boala psihică percepută ca dramatică în manifestare și devastatoare pentru imaginea de sine a pacientului;

- **modificări de personalitate** induse de existența unor **leziuni neuronale extinse sau boli cerebrale severe**, care sunt excluse prin datele anamnestice și ale investigațiilor paraclinice.



Prietenul meu, Erasmus

## TULBURĂRI DE PERSONALITATE NEVALIDATE

### TULBURAREA DEFETISTĂ A PERSONALITĂȚII

#### 1. Definiție

Tulburarea este caracterizată printr-un "pattern pervaziv de comportament autodefetist, care debutează devreme în viața adultă și se manifestă într-o varietate de contexte" (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, J.A. Grebb, 1994, p. 748).

#### 2. Sinonimii, includere

**Tulburare de personalitate de tip autodestructiv (DSM-III-R, p. 389). Tulburare masochistă a personalității.**

Termenul de **masochism** provine de la numele romancierului austriac al secolului trecut **Leopold von Sacher-Masoch** care a descris persoane ce-și realizau gratificația sexuală în condițiile în care li se provoca o suferință fizică. Masochismul, ca deviație sexuală, se înscrie în aria **parafiliilor**, de unde a fost preluat pentru a desemna acest tip de tulburare a personalității.

#### 3. Statut nosografic actual

Ca tulburare de personalitate, această entitate clinică nu a fost inclusă în taxinomiile internaționale cu excepția **DSM-III-R (1987)** care o prezintă în anexa "**Categorii diagnostice care necesită studii suplimentare**". Tulburarea nu a fost însă preluată de **ICD-X (1992)** și nici de **DSM-IV (1994)**, fără a se oferi vreo explicație. Presupunem că s-a renunțat la menținerea ei în nosografia oficială, întrucât aspecte semnificative din trăsăturile care-i conturau tabloul clinic au fost preluate de **Tulburarea dependentă a personalității** ca și de **Tulburarea pasiv-agresivă a personalității**.

#### 4. Factori corelativ-etiologici

Agresionarea fizică, sexuală sau psihică a copilului poate favoriza apariția acestei tulburări de personalitate la vârsta adultă. De asemenea, existența în familie a unor acte sau situații de agresivitate poate

contribui la apariția condiției.

Desigur, doctrina psihanalitică, iar în ultimul timp, teorii cognitive sau comportamentiste fac eforturi de a se înscrie în patogenia acestei tulburări de personalitate.

### 5. Date epidemiologice

Conform studiilor din domeniu, tulburarea defetistă este una din cele mai frecvente tulburări de personalitate, repartiția pe sexe fiind de 2 la 1 în favoarea femeilor.

### 6. Trăsături psihologice și psihopatologice

- refuzul, evitarea sau ignorarea experiențelor plăcute;
- deschidere și atracție pentru situații negative, chiar dezastruoase, ca și pentru relații malefice, în pofida prevenirii sau împiedecării de către prieteni sau persoane bine intenționate;
- trăirea culpabilizantă a realizărilor sau succeselor;
- încercarea de anihilare a evenimentelor pozitive prin acte defavorizante, care îi produc pierdere sau suferință;
- rejectarea relațiilor pozitive ca și a persoanelor care-i oferă ajutor sau suport afectiv;
- sacrificii nesolicitate și culpabilizante pentru cei care beneficiază de ele.

### 7. Complicații

Din analiza trăsăturilor acestui tip de personalitate se constată esența lor depresivă. Altfel spus, tulburarea defetistă a personalității se înscrie în spectrul depresiilor. Tocmai de aceea, **distimia, episodul depresiv major** ca și **suicidul** reprezintă complicațiile acestei condiții.



Adio deci, iubiți prieteni ai nebuliei

## TULBURAREA SADICĂ A PERSONALITĂȚII

### 1. Definiție

Tulburarea sadică este definită printr-un "pattern pervaziv de cruzime, de comportament agresiv și umilitor, care apare devreme în viața adultă" (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, J.A. Grebb, 1994, p. 748).

Termenul de **sadism** provine de la **Marchizul de Sade** care a descris persoane ce trăiau satisfacția sexuală în timp ce chinuiau pe alții, sau își agresau partenerul sexual, tulburare înscrisă în grupa parafiliilor.

### 2. Statut nosografic actual

Tulburarea sadică a personalității nu a fost inclusă în nici o ediție a ICD-ului și nici în edițiile I-III ale DSM-ului. Ea și-a făcut apariția în nosografie în anul 1987, odată cu **DSM-III-R**, în care a fost inclusă la paragraful "**Categoriile diagnostice care necesită studii suplimentare**". Cu toate acestea, ea nu a fost preluată de către **DSM-IV** (1994), fără a se emite vreo explicație sau precizare.

În opinia noastră, motivele acestei apariții meteorice se referă atât la introducerea, cât și la excluderea ei din taxinomiile internaționale:

**Introducerea ei** a fost determinată nu atât de realitatea clinică, ci printr-o inducție teoretică impusă de:

- industria cinematografică americană, în care crima, asasinatul sau cel puțin bătaia nu lipsesc din nici un film (prezentat pe ecranele noastre);

- ca o entitate simetrică, de echilibru, la tulburarea defetistă a personalității.

**Excluderea ei** din taxinomiile actuale (**ICD-X**, 1992 și **DSM-IV**, 1994) a fost determinată de:

- transferul conținutului său (substanței sale) tulburării disociale sau antisociale a personalității;

- deplasarea descărcării agresivității insului de la forma vie, concretă, directă, la forma deghizată, abstractă, indirectă prin "arta cinematografică" și "sport", fapt ilustrat prin creșterea terifiantă a agresivității din filme și a fanatismului "suporterilor" din tribune.



### 3. Factori corelativ-etiologici

Etiologia propriu-zisă a tulburării este necunoscută, dar printre supozițiile etiologice se menționează:

- maltratarea fizică și psihică la vârsta copilăriei;
- dezvoltarea într-o familie în care au existat situații și conduite

caracterizate prin cruzime.

### 4. Date epidemiologice

Tulburarea sadică este rar întâlnită, dar în rapoartele medico-judiciare prevalența ei este mult mai mare. Se consemnează faptul că repartitia pe sexe este net în favoarea bărbaților.

### 5. Trăsături psihologice și psihopatologice

- violența fizică sau cruzimea în relațiile interpersonale prin care își domină partenerii, fără intenția de a obține beneficii materiale;

- exacerbarea violenței în situațiile în care victima se opune, ripostează, nu se lasă dominată sau intimidată;

- insultarea zgomotoasă sau umilirea celorlalți în public;

- absența comportamentului violent (sau reprimarea acestui comportament) în relația cu cineva mai puternic sau cu un statut socio-profesional înalt;

- fără a manifesta violență sau cruzime, cei în cauză sunt fascinați în fața unor astfel de scene sau a mijloacelor care le produc;

- agenezia empatiei, milei, respectului și savoarea încălcării normelor sau conduitelor morale;

- trăiesc satisfacția suferinței altora pe care o caută când nu o pot provoca;

- obligarea altora de a provoca suferință semenilor;

- în vederea provocării suferinței pot recurge la mijloace indirecte:

minciuna, înșelăciunea, zvonul.

### 6. Complicații

- interferențe cu poliția și cu justiția;

- invalidare socio-profesională sau familială printr-o proastă relaționare;

- dependența de alcool sau de drog.

### 7. Diagnostic diferențial

Tulburarea sadică a personalității trebuie deosebită de:

- **sadismul sexual**, care prin conduita sadică și, în special, prin actele sau scenele sadice conferă acestor persoane o satisfacție sexuală;

- **tulburarea disocială** de personalitate care (spre deosebire de tulburarea sadică) debutează în copilărie sau în adolescență.

## BIBLIOGRAFIE

Aarkrog, T., *The borderline concept in Childhood, adolescence and adulthood*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1981, suppl. 293.

Abraham, K., *Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of maniac-depressive insanity and allied conditions*. În: Selected papers on psychoanalysis, Hogarth Press, London, 1927.

Belciugățeanu, C., *Caracterul în cadrul psihopatiilor*. Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia, 1963, 7, 5, 453-458.

Bleuler, E., *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. International University Press, New York, 1911.

Cleckley, H., *The mask of sanity: an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. C.V. Mosby, St. Louis, 1966.

Cloninger, C.R., Surachie, D.M., Pyzybeck T.R., *A psychological model of temperament and character*. Arch. Gen. Psychiatry, 1993, 50, 975.

Cullen, V., *Nosology*. În: Three hundred years of psychiatry, I.Mc Alpine and R. Hunter, 1772, p. 473-379.

Damian, N., *Aspecte ale fondului structural cu valoare determinantă în funcțiile de integrare ale psihopatului în realitate*. Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia, 1971, 16, 4, 313-318.

Esquirol, J.E.D., *Des maladies mentales*. Baillière, Paris, 1838.

Fenichel, O., *The psychoanalytic theory of neurosis*. P.Kegan, London, 1945.

Freeman, C.P., *Personality Disorder*. În: Companion to Psychiatric Studies (R.E. Kendell, A.K. Zealley, eds.), Churchill Livingstone. Edinburgh, 1983, p. 355-373.

Freud, S., *Obsessions and phobias, their psychical mechanism and their aetiology*. În: The standard edition of the complete psychological works. Hogarth Press, London, 1895.

Freud, S., *Psychopathology of everyday life*. Fisher Unwin, London, 1914.

Fromm, E., *The fear of freedom*, P. Kegan, London, 1942.

Gabbard, G.O., *Theories of Personality and Psychopathology: Psychoanalysis*. În: Comprehensive Textbook of Psychiatry (H.I. Kaplan,

B.J. Sadock, Eds.), Williams Wilkins, Baltimore, 1995, p. 431-478.

**Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., Personality Disorder.** În: Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, Oxford, New York, Melbourne, 1989, p. 124-153.

**Golu, M., Dinamica personalității.** Ed. Geneze, București, 1993

**Gunderson, J.G., Borderline Personality Disorder.** În: Comprehensive Textbook of Psychiatry (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, eds.), Williams Wilkins, Baltimore, 1989, p. 1387-1395.

**Gunderson, J.G., Kolb, J.E., Discriminating features of borderline patients.** American Journal of Psychiatry, 1978, 135, 792-796.

**Gunderson, J.G., Phillips A. Katharine. Personality Disorders.** În: Comprehensive Textbook of Psychiatry (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, eds.), Williams Wilkins, Baltimore, 1995, p. 1425-1461.

**Gutheil, T.G., Legal Issues in Psychiatry.** În: Comprehensive Textbook of Psychiatry (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, eds.), Williams Wilkins, Baltimore, 1995, p. 2747-2767.

**Hall, C., Lindzey, G., Theories of Personality,** John Wiley, New York, 1957.

**Henderson, D., Psychopathic states.** Chapman and Hal, London, 1939.

**Ionescu, G., Posibilități terapeutice ale comportamentului generat de imaturitatea afectivă și cognitivă: psihopatii, stări psihopatoide, oligofrenii.** În: Terapie psihotropă (rev.V. Predescu). Ed. Medicală, București, 1968, 399-414.

**Ionescu, G., Explorarea personalității în clinică.** Viața Medicală, 1970, 27, 18, 845-852.

**Ionescu, G., Probleme ale structurării și ale dezorganizării personalității.** Analele Universității București, seria Psihologie, 1971, 20, 151-169.

**Ionescu, G., Raportul psihopatie-nevroză sub unghiul evaluării capacității de muncă.** Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia, 1972, 17, 6, 503-522.

**Ionescu, G., Aspecte ale tratamentului psihofarmacologic al tulburărilor de personalitate.** Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia, 1974, 19, 1, 39-49.

**Ionescu, G., Le propre et l'unicité de la structure somatique et psychologique de l'individu.** În: Révue de médecine psychosomatique et de la psychologie médicale, 1976, 18, 3, 290-296.

**Ionescu, G., Investigation de la personnalité des malades dépressifs par des techniques projectives.** Rev. Roum. Sci. Sociales, Série de Psychologie, Bucarest, 1977, 21, 2, 219-236.

**Ionescu, G., Criteriile și coordonatele sănătății mintale.** Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia, 1979, 24, 2, 81-90.

**Ionescu, G., Normal și patologic în viața psihică. Ipostazele sănătății mintale.** În: Probleme fundamentale ale psihologiei (coord.B. Zörgö). Ed. Academiei, 1980, 317-325.

**Ionescu, G., Metodologia și epistemologia diagnosticului clinic: aspecte specifice ale diagnosticului psihiatric.** Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia, 1987, 32, 1, 9-24.

**Ionescu, G., Conținutul epistemologic al diagnosticului clinic.** Filosofie și Medicină (red. F. Georgescu), Ed. Medicală, București, 1989, 54-91.

**Ionescu, G., Entități clinice în curs de validare nosografică: schimbări persistente ale personalității.** Psihiatrie, Pedopsihiatrie, Psihologie Medicală, 1995, 3, 1, 6-11.

**Ionescu G., Analiza critică a unei noi entități nosografice: tulburarea borderline a personalității.** În: "Psihologia vieții cotidiene" (Ed.M. Zlate). Polirom, Iași, 1997, p. 211-222.

**Janet, P., L'automatisme psychologique.,** Ed. Felix Alcan, Paris, 1889.

**Janet, P., Les obsessions et la psychasténie.,** Ed. Felix Alcan, Paris, 1903.

**Janet, P., Les nevroses.,** Ed. Flammarion, Paris, 1909.

**Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A., Synopsis of Psychiatry, Personality Disorders.** Williams Wilkins, Baltimore, 1994, 731-751.

**Kernberg, O., Severe Personality Disorder.** Yale University Press, New Haven, 1984.

**Koch, J.A., Die Psychopathischen Minderwertigkeiten,** Dorn. Ravensburg, 1891.

**Kohut, H., The Analysis of the Self.** International Universities Press, New York, 1971.

**Kraepelin, E., Uber paranoide Erkrankungen.** Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1912, 11, 617-638.

**Kraepelin, E., Dementia praecox and paraphrenia.** Livingstone, Edinburgh, 1919.

**Kraepelin, E., Manic depressive insanity and paranoia.** Liv-

ingstone, Edinburgh, 1921.

**Kretschmer, E.,** *Physique and character*. P. Kegan, London, 1924.

**Kretschmer, E.,** *Der sensitive Beziehungswahn* (1927). În: Themes and variations in European psychiatry, Wright, Bristol, 1974.

**Kroll et al.,** *Are there borderlines in Britain: A cross validation of U.S. findings*. Archives of General Psychiatry, 1981, 39, 60-63.

**Lăzărescu, M.,** *Patologie obsesivă*. Ed. Medicală, București, 1973.

**Magnan, V.,** *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Bataille, Paris, 1893.

**Maudsley, H.,** *Responsability in mental disease*. Kegan Paul and Trench, London, 1885.

**Milea, Șt.,** *Particularități caracteriale și de temperament ale copilului cu comportament dizarmonic*. Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia, 1970, 15, 3, 255-264.

**Millon, T.,** *Avoidant personality disorder, A brief review of issues and data*, Journ. Pers. Dis., 1991, 5, 353.

**Morel, B.A.,** *Traité des maladies mentales*, Paris, 1860.

**Perry, J.C., Vaillant, G.E.,** *Personality Disorders*. În: Comprehensive Textbook of Psychiatry (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, eds.) Williams Wilkins, Baltimore, 1989, 1352-1387.

**Petrowitsch, N.,** *Abnorme Persönlichkeiten*, Ed. Karger, Basel, 1960.

**Pinel, Ph.,** *Traité medico-philosophique l'alienation mentale ou la manie*. R. Caille et Ravier, Paris, 1801.

**Pritchard, J.C.,** *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. Sherwood, Gilbert-Piper, London, 1935.

**Rush, B.,** *Medical enquiries and observations upon the diseases of the mind*, Philadelphia, 1812.

**Schneider, K.,** *Psychopathic personalities*, Cassel, London, 1950.

**Schneider, K.,** *Klinische Psychopathologie*, Ed. Springer, Berlin, 1961.

**Siever, L.J., David, K.L.,** *A psychobiological perspective on the personality disorders*. Am.J.Psychiatry, 1991, 148, 1647.

**Spitzer, R. et al.,** *Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia*. Archives of General Psychiatry, 1979, 36, 17-24.

**Vaillant, G.E.,** *Sociopathy as a human process*. Arch. Gen. Psychiatry, 1975, 32, 29.

**Vaillant, G.E., Perry, J.C.,** *Personality Disorders*. În: Comprehensive Textbook of Psychiatry (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, eds.), Williams Wilkins, Baltimore, 1985, 958-986.

**Vlad, N.,** *Psihopatiile în semnificația clinică și relațională*. Ed. Quardrat, Botoșani, 1995.

**Zlate, M.,** *Un model sintetic-integrativ al personalității*. Revista de Psihologie, 1987, 1, 5-16.

**Zlate, M.,** *O metodologie pentru determinarea tipurilor de personalitate*. Revista de Psihologie, 1988, 1, 31-43.

**Zlate, M.,** *Eul și Personalitatea*. Ed. Trei, București, 1997.

... **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 1<sup>st</sup> ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1953.

... **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, III<sup>rd</sup> ed., American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1980.

... **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, DSM-III-R. American Psychiatric Association, Washington, 1987.

... **Personality Disorders**. În: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994, 629-673.

... **The ICD-VII. Classification of Mental Disorders. Character, Comportament and Intellect Disorders**. World Health Organisation, Geneva, 1955.

... **The ICD-VIII. Classification of Mental Disorders. International Statistic Classification of Mental Disorders. Personality Disorders**. World Health Organisation, Geneva, 1965.

... **The ICD-X. Classification of Mental and Behavioural Disorders**. Clinical description and diagnostic guidelines. World Health Organisation, Geneva, 1992.

## INDEX TEMATIC

Acting-out, 33  
Agenzie morală, 23  
Agorafobie, 143  
Alcoolomanie, 39, 108, 121  
Alianță terapeutică, 69, 111  
Anancast, 152, 153, 154, 155  
Anetopatie, 22, 23  
Antisocial, 24  
Antrenamentul autoafirmării, 144  
Antropologie, 12  
Armură a caracterului, 30  
Asociația Psihiatrică Americană, 20, 35, 37  
Asociația Psihiatrică Română, 35  
Autoipostaziere, 128  
Automanipulare, 175  
Autoreferențial, 85  
Binomul tulburare / modificare a personalității, 179  
Binomul complicație / comorbiditate, 60  
Boală anancastă (M. Lăzărescu), 154  
Boală psihică, 9, 39  
Bolnav psihic, 39  
Borderline, 23  
Brevilin, 21  
Caracter anal, 29, 152, 153, 154  
Caracter fobic (O. Fenichel), 139  
Caracter narcisic, 29  
Caracter obsesional, 29  
Caracter oral (K. Abraham), 29, 146, 172  
Caracteropatie, 22, 23  
Catarsis, 127  
Câmp sanogenic, 10  
Cenestezie, 60  
Clarificare, 71  
Clasificarea Internațională a Maladiilor, 35, 45, 46  
Cluster, 37, 39  
Comorbiditate, 59, 60, 99

Comportament manipulativ, 128, 134  
Comportament pasiv-agresiv, 33  
Compulsie, 152  
Confruntare, 71  
Contratransfer negativ, 77  
Cverulent, 16  
Defensă, 30, 31, 33  
Dependență de substanță, 63  
Depresie de fundal (E. Kraepelin), 168  
Depresie majoră, 100, 101, 159, 165  
Depresie cu temperament rău (K. Schneider), 172  
Depresie secundară, 63  
Dezvoltări psihopatologice, 52, 53, 69, 184  
Diacronic, 179  
Diagnostic adițional, 52, 99  
Diagnostic monotetic, 54, 55  
Diagnostic politetic, 54, 55  
Disociere, 31  
Dispersia identității, 116  
Displastic, 21  
Disponibilități empatice, 134  
Dissocial, 23, 24  
Distonic, 69  
Distimie, 39, 45, 59, 69, 165, 166, 171, 176  
Diviziune, 32  
Dublă depresie, 59  
Ego ideal, 132  
Ego sintonic, 24, 48, 68, 69  
Episoade psihotice scurte, 100  
Episoade psihotice tranzitorii, 98  
Eutimie, 60  
Fantasme, 134  
Fantezie autistă, 31  
Fobie socială, 143  
Formațiune reacțională, 86  
Grupuri heterogene de psihoterapie, 144  
Grupuri lent-deschise de psihoterapie, 144

Heterocronie, 66  
Heteroatribuire, 84  
Hipocondrie, 32  
Histrionic, 125  
Identificare proiectivă, 33  
Idiografic, 8  
Idioție morală (V. Magnan), 15  
Inferioritate psihopatică (J. L. Koch), 15, 22, 24  
Influența patoplastică a vârstei, 61, 62  
Insight, 14  
Isterie, 42, 125  
Intransomorfoză, 61  
Interpretare, 71  
Invalidare funcțională, 142, 150, 165, 176  
Invalidare psihică, 31  
Izolarea, 32  
"La belle indiférence", 128  
Longilin, 21  
Manifestări clactice, 164  
Manualul Diagnostic și Statistic, 35  
Masochism, 187  
Mecanisme de apărare ale Ego-ului, 30  
Modelul medical al bolii, 7  
Modelul relațional, 71  
Modificare de personalitate, 20, 21, 179  
Modificări persistente ale personalității, 178, 180  
Moral Insanity, 14  
Moralopatie, 23  
Narcisism, 132  
"Nebunie fără delir", 22  
Nebunie morală (J. C. Prichard), 14, 22  
Negarea, 32  
Neutralitate binevoitoare, 70  
Nevroză de caracter, 29  
Nomotetic, 8, 180  
Normalitate psihică, 8

Nosografie psihiatrică, 8  
Parafilie, 187  
Paranoia, 80  
Paranoiac / paranoid, 81  
Parasuicid, 64  
Patomorfoză, 165  
Patomorfoză intrasindromală, 86, 119  
Pattern pervaziv, 91, 187  
Personalitate, 20  
Personalitate accentuată, 25  
Personalitate agresivă, 163  
Personalitate amorală, 104  
Personalitate anancastă, 154  
Personalitate anormală (Ph. Pinel), 13, 22  
Personalitate antisocială, 104  
Personalitate anxioasă, 144  
Personalitate armonioasă, 7  
Personalitate autistă, 90  
Personalitate autoagresivă, 18  
Personalitate creativă (D. Henderson), 17, 18  
Personalitate dizarmonică, 7  
Personalitate hetero-agresivă, 17  
Personalitate imatură, 25  
Personalitate inadecvată (D. Henderson), 17, 18, 25, 147  
Personalitate isterică, 126  
Personalitate de nivel înalt, 30  
Personalitate de nivel scăzut, 30  
Personalitate normală, 7  
Personalitate obsesivă, 159  
Personalitate orală, 146  
Personalitate cu orientare receptivă (E. Fromm), 146  
Personalitate paranoidă, 30, 80  
Personalitate premorbidă, 90, 99, 139  
Personalitate psihastenică, 155  
Personalitate psihoinfantilă, 126  
Personalitate psihopatică, 16, 24  
Personalitate schizoidă, 30  
Personalitate sociopată, 104

Personalitate cu voință slabă (K. Schneider), 146  
Personalizarea relațiilor, 127  
Personologie, 9, 12, 77  
Picnic, 21  
Prevalență internosografică, 34  
Postprocesual, 184  
Procese psihopatologice, 52, 53, 69, 184  
Proiecția, 32  
Psihagogie, 123  
Psihanaliză, 28, 29  
Psihiatrie extra muros, 9, 75, 162  
Psihopatie, 15, 22, 24, 25  
Psihopatie explozivă, 163  
Psihopatie impulsivă, 163  
Psihopatie fanatică, 80  
Psihopatie paranoiacă, 81  
Psihologie socială, 77  
Psihoterapie analitică, 177  
Psihoterapie cognitivă, 166, 171  
Psihoterapie cognitiv-comportamentală, 177  
Psihoterapie exploratorie, 122  
Psihoterapie de grup, 144, 171, 177  
Psihoterapie rogersiană (nondirectivă), 160, 171  
Psihoterapie suportivă, 166, 177  
Psihoze carcerale, 178  
Psihoze de detenție, 178  
Reacții psihopatologice, 52, 53, 69, 184  
Registrul Danez al gemenilor, 26  
Reiterare a manifestărilor, 164  
Rezidual, 184  
Sadism sexual, 190  
Schimbări persistente ale personalității, 178  
Schimbarea persistentă a personalității după o boală psihică, 45, 184  
Schimbarea persistentă a personalității după o trăire catastrofică, 45, 181  
Schizofrenie, 37  
Schizofrenie ambulatorie, 112  
Schizofrenie borderline, 96

Schizofrenie latentă, 96, 112  
Schizofrenie moale, 112  
Schizofrenie prepsihotică, 96  
Schizofrenie pseudoprodromală, 96  
Schizofrenie pseudonevrotică, 96, 112  
Schizofrenie pseudopsihopatică, 96  
Schizofrenie de spectru, 112  
Schizofrenie ștearsă, 112  
Semiologie psihanalitică, 30  
Simptom psihic, 39  
Sindrom episodic de discontrol, 27  
Sistem axiologic, 8  
Sistemul taxinomic american, 35  
Sistemul taxinomic european, 35  
Sociofobie, 91, 140  
Sociopatie, 22, 23, 104  
Spiță pozitivă, 27  
Stadiu anal, 154, 155  
Stadiu oral, 146  
Stare psihopatică, 17  
Stare psihopatoidă, 184  
Statut nosografic, 179  
Stări reactive, 182  
Structurări ale personalității, 7  
Suicid, 63, 100, 108, 175  
Temperament depresiv (E. Kretschmer), 168  
Teoria învățării, 172  
Terapie comportamentală, 122, 160  
Terapia de familie, 122  
Testul Apercepției Tematice, 111  
Testul Rorschach, 111  
Testul Szondi, 111  
Tip anesteziec (insenzitiv), 90  
Tip borderline, 169  
Tip ciclotim, 41  
Tip de personalitate, 20, 29  
Tip de personalitate compliant (Karen Horney), 146

Tip detașat, 139  
Tip hiperestezic (hipersenzitiv), 90, **138**  
Tip hipertim, 41  
Tip impulsiv, 164  
Tip insenzitiv, 90  
Tip senzitiv, 138, **139**  
Toxicomanie, 108  
Transfer negativ, **70**, 88  
Transferențial, 77  
Trăire egosintonică, 76  
Trăire fantasmatică, 31  
Trăsătură de personalitate, **9**, **56**, 57  
Trăsături asociate de personalitate, 84  
Trăsături caracteristice de personalitate, 82  
Trăsături diferențiale de personalitate, 86  
Trăsături diferențial-culturale, **49**, 86, 92, 98, 107, 116, 128, 134, 142, 149, 158  
Trăsături diferențiale de sex, **50**, 86, 93, 98, 107, 117, 129, 135, 149, 158  
Trăsături diferențiale de vârstă, **49**, 86, 93, 98, 107, 117, 134, 142  
Trăsături esențiale de personalitate, 82  
Trăsături facultative de personalitate, 85  
Trăsături psihologice, 48, **82**  
Trăsături psihopatologice, 48, 82  
Tulburare anancastă a personalității, 30, 43, 44, 136, **152**, 154  
Tulburare antisocială a personalității, 30, 36  
Tulburare anxioasă a personalității, 36, 43, 44, **138**  
Tulburare anxioasă (nevroza anxioasă), 44  
Tulburare astenică de personalitate, 147  
Tulburare autodestructivă a personalității, 187  
Tulburare autorepresivă a personalității, 147  
Tulburare borderline a personalității, 44, 102, **111**, 130, 136, 150, 176  
Tulburare ciclotimică, 108  
Tulburare controversată de personalitate, 44, 45, **178**  
Tulburare cverulentă a personalității, 81  
Tulburare de comportament, **47**, 49  
Tulburare delirantă, 87  
Tulburare de stress post traumatic, 182  
Tulburare de panică, 143

Tulburare de personalitate, 9, 15, 21, 22, 25, 49, 57, 58, **61**, 179  
Tulburare de personalitate de nivel înalt, 30  
Tulburare de personalitate de nivel scăzut, 30  
Tulburare de sine, 40  
Tulburare de spectru, 40  
Tulburare defetistă a personalității, 46, 79, 147, **187**  
Tulburare dependentă a personalității, 44, 118, 130, 143, **146**, 176  
Tulburare depresivă a personalității, 43, 45, 79, 168  
Tulburare depresivă (boala depresivă), 39  
Tulburare disocială a personalității, 104, 117, 130, 135, 160  
Tulburare emoțional-instabilă a personalității, 36, 45, **162**  
Tulburare evitantă a personalității, 36, 44, 94, 102, **138**, 150  
Tulburare expansivă a personalității, 81, 109  
Tulburare fanatică a personalității, 81  
Tulburare fobic-anxioasă a personalității, 143  
Tulburare general-validată de personalitate, **44**, 80  
Tulburare histrionică a personalității, 44, 109, **125**, 135, 143, 150  
Tulburare de personalitate în curs de validare, 44, **45**, 168  
Tulburare masochistă a personalității, 187  
Tulburare narcisică a personalității, 36, 45, 109, 118, 130, **132**, 160  
Tulburare negativistă de personalitate (DSM-IV), 172  
Tulburare nevalidată de personalitate, 44, **46**, **187**  
Tulburare obsesiv-compulsivă a personalității, 36, 44, 94, 136, **152**, 159  
Tulburare paranoidă a personalității, 44, **80**, 94, 102, 117, 143  
Tulburare parțial-validată de personalitate, **44**  
Tulburare pasiv-agresivă a personalității, 33, 45, **172**, 176, 187  
Tulburare sadică a personalității, 46, **189**  
Tulburare schizoidă a personalității, 44, **90**, 101, 143, 150, 160  
Tulburare schizotipală a personalității, 38, 93, **96**, 117  
Tulburare senzitivă a personalității, 81  
Tulburare de somatizare, 39, 105, 107  
Tulburare specifică de personalitate, 43  
Tulburare de trăsătură, 40  
Validitate, 22, 44, 52  
Vulnerabilitate psihică, 8  
Zona incertă, 9

## INDEX FARMACOTERAPEUTIC

Alprazolam, 124  
Carbamazepina, 74, 110, 124, 145  
Clomipramina, 89, 151, 161, 171, 177  
Clonazepam, 161  
Clorpromazina, 89, 103  
Diazepam, 89  
Finlepsin, 110, 124, 145  
Flufenazina, 95  
Ginkgo Biloba, 78, 89, 103, 137, 145, 167, 171, 177  
Haloperidol, 124  
Herphonal, 74, 89, 95, 131, 145, 151, 167, 171  
Hydiphen, 74, 89, 103, 151, 171, 177  
Lerivon, 137  
Levomepromazin, 89, 151  
Ludiomil, 137  
Maprotilină, 74, 137  
Melleril, 124, 167  
Mianserina, 74, 137  
Mirenil, 93  
Neuleptil, 110  
Parnate, 124  
Periciazină, 110  
Prozac (fluoxetină), 161  
Săruri de litiu, 74, 136  
Sertralina, 171  
Tanakan, 74, 89, 95, 103, 124, 131, 137, 145, 167, 171, 177  
Tegretol, 74, 124  
Tioridazin, 89, 124, 145, 151, 167  
Tranilcipromină, 124  
Trimipramina, 89, 95, 131, 145, 151, 167, 171  
Valium, 89  
Xanax, 124  
Zoloft, 171

## INDEX DE NUME

Aarkrog, T., 191  
Abraham, K., 146, 152, 172, 191  
Belciugăţeanu, C., 191  
Bleuler, E., 90, 138, 191  
Charcot, J. M., 51, 58, 125  
Cleckley, H., 23, 191  
Cloninger, C. R., 191  
Cullen, W., 152  
DSM-III-R, 34, 37, 45, 55, 168, 179, 184, 187, 189  
DSM-IV, 34, 35, 36, 37, 41, 44, 45, 49, 50, 55, 59, 61, 67, 81, 87,  
91, 93, 96, 97, 98, 99, 100, 105, 113, 114, 133, 140, 147, 154,  
155, 162, 169, 172, 173, 179, 180, 184, 187, 189  
Damian, N., 191  
Esquriol, J. E. D., 14  
Falret, J., 152  
Fenichel, O., 139, 146  
Freeman, C. P., 15  
Freud, S., 13, 28, 30, 125, 132, 152, 155  
Fromm, E., 146  
Gabbard, G. O., 29, 76  
Gath, D., 73, 76, 127  
Gelder, M., 14, 15, 73, 76, 127  
Golu, M., 192  
Grebbs, J. A., 26, 28, 81, 91, 99, 104, 118, 139, 140, 147, 155, 169,  
187, 189  
Gunderson, J. G., 34, 40, 50, 68, 75, 80, 91, 97, 104, 112, 113, 114,  
115, 119, 121, 126, 132, 146, 154, 155, 169, 172, 173  
Gutheil, T. G., 192  
Hall, C., 13, 192  
Henderson, D., 17, 192  
Hipocrate, 42  
Hoch, A., 90  
Horney Karen, 139, 146  
ICD-X (1990), 178  
ICD-X (1992), 35, 36, 41, 44, 45, 47, 48, 49, 61, 96, 97, 98, 99,



132, 140, 154, 162, 163, 164, 168, 172, 178, 179, 180, 184, 186,  
187, 189

Ionescu, G., 13, 192, 193

Janet, P., 13, 125, 152, 153, 193

Jones, M., 153

Jung, C. G., 13

Kaplan, H. I., 26, 28, 81, 91, 99, 104, 113, 115, 118, 139, 140, 147,  
155, 169, 187, 189, 193

Kernberg, O., 115, 193

Koch, J. A., 15, 24, 193

Kohut, H., 193

Kraepelin, E., 15, 16, 80, 90, 162, 168, 194

Kretschmer, E., 80, 90, 138, 168, 194

Lăzărescu, M., 153, 154, 194

Lindzei, G., 13

Magnan, V., 15, 16, 194

Maudsley, H., 15, 194

Mayou, R., 73, 76, 127

Morel, B. A., 15, 194

Pavlov, I. P., 13

Perry, J. C., 28, 48, 54, 55, 58, 115, 119, 121, 138, 194

Petrowitsch, N., 153, 194

Phillips Katharine, 34, 40, 50, 68, 91, 97, 104, 113, 126, 132, 146,  
154, 155, 169, 172, 173

Pinel, Ph., 13, 22, 194

Pritchard, J. C., 114, 22, 194

Reich, W., 30, 153

Rush, B., 13, 194

Sadock, B. J., 28, 81, 91, 99, 104, 118, 139, 140, 147, 155, 169,  
187, 189

Schneider, K., 16, 17, 80, 139, 146, 152, 168, 172, 194, 195

Siever, L. J., 195

Spitzer, R., 112, 195

Vaillant, G. E., 28, 48, 54, 55, 58, 119, 121, 138, 195

Vlad, N., 195

Zlate, M., 195

## GLOSAR AL UNOR TERMENI DIN TEXT

**Acting-out**, sintagmă psihanalitică polisemică, intraductibilă,

- care exprimă dorințe sau conflicte inconștiente,
- ilustrate în plan comportamental prin conduite insolite, agresivitate sau atacuri nemotivate.

**Agenezie morală (a.m.)** (gr. **a**, **an** = lipsit de + **genesis** = producere), caracterizează persoane lipsite de moralitate. Noțiunea de **a.m.** este tributară concepției existente în prima jumătate a secolului trecut, conform căreia, tulburările de personalitate erau considerate ca distorsiuni de moralitate sau stări de **a.m.**

**Agorafobie**, a. (gr. **agora** - piață, **phobos** - teamă). Până în ultimii ani termenul a fost folosit în accepție etimologică, aceea de teamă pentru spații deschise. Altfel spus, **a.** a fost considerată ca o **fobie specifică**. Actualmente, prin **DSM-IV, a.**, și-a extins sfera, îmbogățindu-și totodată conținutul, fiind considerată nu o **fobie**, ci **anxietate** corelată cu:

- locuri sau situații din care ieșirea este dificilă sau jenantă,
- situația de a fi singur în afara locuinței, pe un pod sau în aglomerație,
- împrejurarea de a călători cu automobilul, autobuzul sau cu trenul. Dacă aceste situații sau împrejurări nu pot fi evitate, ele sunt trăite cu o tulburare marcată, sau greu suportate.

**Alcoolomanie**, termen prin care definim:

- consumul cronic și excesiv (sub aspect cantitativ) de alcool,
- determinat de dependența față de această substanță.

Termenul este preferat celui, îndeobște utilizat, de **alcoolism**, întrucât, acesta vizează în primul rând farmacologia alcoolului și nu dependența de alcool, în timp ce

- termenul de **alcoolomanie** cunoaște o strânsă analogie și **pattern** al dependenței cu acela de **toxicomanie**.

**Alianța terapeutică (a.t.)** denumită și **alianță de lucru**, cuprinde aspectele raționale și conștiente ale relației terapeut-pacient. Prin **a.t.** terapeutul:

- urmărește să formeze o alianță reală și matură cu **Ego-ul** conștient și adult al pacientului,

- pe care caută să îl ridice la rolul de **partener științific**,
- în vederea cunoașterii și rezolvării dificultăților sale.

**A.t.** constituie o parte esențială a procesului terapeutic și se bazează pe acordul reciproc, explicit dar și implicit, dintre terapeut și pacient, de a lucra împreună, conform exigențelor situației terapeutice. Odată realizată, **a.t.** nu este pe deplin stabilă și de aceea ea trebuie să fie observată, reintegrată și re consolidată, mai ales în perioadele de transfer când stabilitatea ei slăbește.

**Anancast**, (gr. **anankastos** - forțat), termen de origine germană, rar folosit, (aflat în relativă sinonimie cu acela de **obsesivo-compulsiv**, care aparține școlii psihopatologice franceze), semnifică pedanterie, exigență, scrupulozitate, inflexibilitate, slabă creativitate etc. Deși nu este menționat în dicționarele psihanalitice, termenul de **a.** este superpozabil sintagmei de **caracter anal** care a făcut epocă în psihologia psihodinamică.

În mod surprinzător, termenul de **a.** cu caracter neologistic este utilizat de **ICD-X** (1992), în timp ce sinonimul său, de **obsesivo-compulsiv**, cu reală tradiție europeană, este preluat și utilizat de noua taxinomie americană (**DSM-IV** 1994). În această lucrare, fidel principiului unității europene a terminologiei, am utilizat, totuși, noțiunea de **a.**, cu speranța că experții **OMS** de la **Geneva** vor învăța lecția de moralitate a psihiatrilor americani și vor reveni la respectul valorilor clasice ale psihopatologiei europene.

**Anetopatie**, noțiune relativ rar utilizată, care ar trebui, de fapt, invalidată:

- sub aspect lexical (noțional) și
- sub aspectul semnificației, întrucât:

etica fiind știința principiilor și a normelor morale, incriminate de **anetopatie**, aceasta ar trebui înlocuită cu:

- noțiunea de **moralopatie**, sau cu
- noțiunea de **caracteropatie**, al cărei conținut vizează, de asemenea, moralitatea.

**Antrenamentul autoafirmării**, este o tehnică relativ recentă de psihoterapie care:

- își află sorgintea în metoda **cognitiv-comportamentală** de psihoterapie,

- constă în învățarea și antrenarea pacientului de a-și exprima cât mai deschis opiniile și dorințele, fapt susceptibil de a-i ameliora sau consolida autostima.

**Armură a caracterului**, termen folosit de **Wilhelm Reich**, pentru a descrie (ceea ce ulterior au fost denumite) **mecanisme de apărare ale Ego-ului**.

**Autoipostaziere**, adoptarea (în mod insuficient conștientizat) de către unele personalități histrionice, a unor roluri extreme sau insolite, mai ales de victimă sau de lider.

**Automanipulare**, constă în tendința de explicare și, mai ales de justificare a unei poziții, atitudini sau conduite proprii, inacceptate sau criticate de către cei din jur.

**Autoreferențial (ă)** procedeu, dar și tendință sau conduită, ilustrate prin apelul la exemplul personal, ca și la calitățile, realizările și posibilitățile sale. Tendința autoreferențială caracterizează:

- persoane cu cote înalte la **scala paranoiei** ca și
- pacienți cu tulburări din **spectrul paranoid**.

**Borderline** (engl. **de graniță**), noțiune heteroclită, polisemică și totodată încărcată de ambiguitate, apărută în ultimul sfert de secol, destinată să acopere o zonă jenantă pentru psihiatri, aceea dintre normal și patologic. Pe parcursul scurtei sale evoluții, această noțiune a înregistrat (păstrând încă) numeroase accepții, dintre care cele mai importante sunt:

- granița dintre normalitate și boala psihică,
- o formă ușoară de schizofrenie,
- un subtip de tulburare a personalității,
- o tulburare propriu-zisă de personalitate,
- o entitate nosografică independentă.

**Caracter anal**. Termen lansat de **S. Freud** (1908), absent din "Vocabularul Psihanalizei", ca și din alte dicționare internaționale de psihologie, desemnează persoane caracterizate prin ordine, încăpățănare și zgârcenie. La acestea, mai putem adăuga: preocupare excesivă pentru curățenie corporală și conștiinciozitate scrupuloasă pentru situații sau obligații minore.

**Caracter oral (c.o.)** cu predispoziție spre pasivitate și dependență, față de o persoană dar și față de droguri, alcool sau mâncare. **C. o.** a

fost descris de **K. Abraham** (1927) spre a ilustra pe cel care, în existența sa, are nevoie de o altă persoană care să-i poarte de grijă și "să-i ofere tot ceea ce are nevoie", condamnându-l astfel la inactivitate.

**Caracteropatie (c)**, noțiune de veche sorginte, larg răspândită astăzi sub sinonimii edulcorate (dibăcie, flexibilitate și, mai nou, oportunitate), c. semnifică ignorarea, încălcarea sau sfidarea (cronică) a valorilor și a normelor morale. Expresie a spiritului malefic, distorsionarea conduitei morale a fost cunoscută odată cu apariția ființei umane, dar accepția științifică a c, o găsim în sintagma **Moral Insanity** (**J.C. Pritchard**, 1835). Noțiunea de c., rar utilizată în psihiatria clinică, găsește astăzi, câmp larg de dezvoltare în cadrul psihologiei sociale; ea este întrucâtva sinonimă cu noțiunea de **anetopatie** și cu ceea ce putem denumi **moralopatie**.

**Catarsis, catharsis** (gr. **curățire, purificare**). Termenul a fost utilizat de **Aristotel** pentru a desemna efectul de curățire și eventual de "purificare" morală sub efectul unor piese dramatice. Preluat de către psihanaliză (prin **J. Breurer** și **S. Freud**), **catharsis**-ul constituie un element psihic important al curei ipostaziat ulterior ca **metodă (catharticită)**, ce constă în retrăirea puternică a unor amintiri, urmată de o curgere (descărcare) emoțională intensă, cu acțiune terapeutică semnificativă.

**Comorbiditate (c.)**, noțiune care definește existența concomitență a două boli la același bolnav. Încercând o conformare până la identificare cu **modelul medical al bolii**, psihiatrii au introdus recent noțiunea de c. în psihiatrie, fără a-i argumenta necesitatea.

În plus, așa numita **comorbiditate** care în patologia somatică este o realitate, în psihiatrie atrage după sine reorientări nosografice și noi sintagme psihiatrice, ca de exemplu **dubla depresie** și altele.

Pe de altă parte, în **DSM-IV** (1994), ceea ce este prezentat drept c. este reluat, în alt paragraf drept **complicație**. Astfel, o tulburare de personalitate poate fi complicată (după cum ni se prezintă) cu o psihoză, fără ca prin aceasta tulburarea de personalitate să fie anulată. **Stricto sensu**, c. ar trebui să respecte anumite criterii care, până acum, nu au fost menționate și anume:

- apariția relativ-concomitentă a celor două tulburări,
- evoluția lor concomitentă pe o perioadă semnificativă de timp,
- etiologia relativ diferită a celor două afecțiuni.

**Comportament pasiv-agresiv (c.p.a.)**, semnifică un mecanism defensiv, care constă în deturnarea agresivității asupra propriei persoane. În plan clinic, **c.p.a.** (întâlnit cu precădere în tulburarea pasiv-agresivă și borderline a personalității) este ilustrat prin pasivitate, refuz, temporizare sau amânare față de orice rugăminte sau solicitare, în care ostilitatea subiacentă devine transparentă.

**Compulsie c** (germ. - **Zwang**, engl. - **compulsion**), termen apărut la jumătatea secolului trecut în psihiatria germană, unde avea sensul de constrângere; preluat ulterior de psihiatria și chiar de literatura engleză, c. definește actualmente teama de a nu comite un act impulsiv. Ne-am permis această precizare istorico-etimologică pentru a putea argumenta faptul că noțiunea de c. nu are altă tangență decât simpla omonimie cu termenul latin **compellere** - a împinge, prin care, în mod eronat, este definită compulsiia în dicționarele din România.

**Cverulent**, termen cu utilizare restrânsă în psihiatria clasică în care puteam desemna conduita unor paranoiaci denumiți **persecuțați-persecutori** care, considerându-se nedreptățiți, frustrați sau înșelați, se angajau în procese pentru cauze, în fapt minore sau chiar imaginative, motiv pentru care au mai fost denumiți **procesomani**. Actualmente, aria noțiunii de **cverulentă** este mult mai extinsă și semnifică, nu atât conduita revendicativă, cât verbal-agresivă, exprimată prin ceartă.

**Diacronic** (fr. **dia** - prin, peste; gr. **chronos** - timp), mod de examinare analitic, exprimat prin demersul anamnestic, în care pacientul este analizat retrospectiv, pornindu-se de la momentul nașterii sale până în prezent. Este un mod de abordare europeană a pacientului în care, pe lângă investigația actuală se recurge și la analiza longitudinală care poate evidenția influențe, schimbări, diferențe.

**Distonice**, sunt manifestări clinice, trăsături sau simptome:

- percepute ca expresie a unei boli,
- întâlnite cu precădere în boli somatice și în tulburări nevrotice,
- trăite cu disconfort sau suferință, fapt care
  - îi determină pe cei în cauză
  - să caute medicul,
- să accepte sau chiar să solicite tratamentul,
- asigurând astfel complianța terapeutică.

**Egosintonice**, manifestări clinice, trăsături sau simptome care

- nu sunt percepute sau trăite cu disconfort, sau ca expresie a unei suferințe psihice și nici

- nu sunt considerate ca anormale de către persoana în cauză. Datorită acestui fapt,

- pacienții respectivi (în special cu boli psihice severe sau cu tulburări de personalitate) sunt noncomplanți la tratament.

**Eutimie** (gr. *euthymia* - liniște sufletească), stare de echilibru psihic asigurat prin:

- evitarea ori absența influențelor sau situațiilor stresante, psihotraumatizante sau frustrante,
- sentimentul certitudinii și securizării.

**Insight** (engl.), termen intraductibil cu sens de intuiție, clarificare, înțelegere bruscă, definește procesul prin care semnificația, sau **pat-tern**-ul unei trăiri sau situații devine clar. Este fără îndoială faptul că această clarificare duce la schimbare, dar nu există un consens asupra caracterului terapeutic al acesteia. Tocmai de aceea, considerăm că nu orice ameliorare poate fi atribuită procesului de clarificare, după cum, nu orice clarificare poate duce la ameliorare.

**Intranosomorfoză (i.n.)** definește modificarea manifestărilor clinice ale unei boli, în limitele spectrului său nosografic. Sub un anumit unghi, **i.n.** constituie un aspect sau o variantă a **patomorfozei** care, la rândul ei, definește modificarea stabilă și esențială a unei boli.

**Mecanism de apărare (m.d.a.)** semnifică procese mentale utilizate (de pacientul aflat în investigație clinică sau în cură psihanalitică) pentru a se putea apăra de invazia anxietății și de trăirea conștientă a acesteia. Totodată, **m.d.a.** îl ajută pe pacient să facă față tensiunilor interne și situațiilor stresante externe.

Dincolo de accepția psihanalitică, aceste mecanisme sunt, în opinia noastră, disponibilități de sorginte genetică și psihosocială, actualizate în situații critice. De asemenea considerăm că **m.d.a.** sunt expresia (chintesența) influenței sociale și a experienței de viață a insului și se manifestă prin acțiuni homeostatice inconștiente care apar la conflicte și tensiuni interioare.

**Narcisism (n.)** Venind din mitologie, **n.**, ca **dragoste de sine**, a intrat în psihopatologie la sfârșitul secolului trecut când **S. Freud** (1895) i-a atribuit semnificația clinică. În condițiile actuale, **n.** implică două accepțiuni:

- a doctrinei psihanalitice, prin care **n.** constituie eflorescența autostimei și a Ego-ului ideal, și,

- a psihoterapiei psihanalitice prin care **n.** este considerat ca o elaborare defensivă, ca o stare de grandoare, ca marcă a unui mecanism de apărare, ca expresie transfigurată față de autostima scăzută.

**Neutralitate binevoitoare (n. b.)**, sintagmă freudiană de aparență detașare a terapeutului, în cadrul curei psihoterapeutice, care îi permite să cuprindă problemele cele mai importante ale pacientului, fără a-l influența prin atitudinea sa. Fidel acestui principiu psihanalitic, al **n. b.**, psihoterapeutul nu încurajează, nu promite, nu critică, nu judecă, nu sancționează, fapt care, cel puțin în prima fază a psihoterapiei, contrariază pacientul. Această atitudine a terapeutului nu trebuie nicidecum înțeleasă ca o reducere a interesului său față de pacient, ci ca păstrarea unei atitudini consecvent-empatice, neinfluențată de reacțiile sale personale, subiective, care pot avea influențe nonterapeutice.

**Nomotetic** (gr. *nomos*-lege, gr. *nomoteticos*-promovarea legilor), mod de abordare (întrucâtva opus celui diacronic, ce are în prim plan studiul clinic și anamnestic) în care accentul este pus pe analiza unui mare număr de cazuri, ce oferă posibilitatea unor formulări statistice și, eventual, elaborării unor reguli sau chiar legi științifice.

**Patomorfoza (p. m.)** constă în modificarea stabilă și esențială a unei boli. Se disting:

- **patomorfoză clinică** sau **patomorfoză propriu-zisă și**
- **patomorfoză terapeutică** sau **patomorfoză de scurtă durată**, determinată de acțiunea factorilor terapeutici.

La rândul ei, **p. m.** cuprinde:

- **nosomorfoza (n. m.)** care constă în modificarea incidenței diferitelor entități nosografice; **n. m.** poate cunoaște o reducere (ca în cazul psihozelor infecțioase) sau o creștere (ca în cazul tulburărilor de personalitate sau al depresiilor).

**Pervaziv (tulburare pervazivă, pattern pervaziv)**, noțiune recent introdusă în psihopatologia clinică, intraductibilă și (poate tocmai de aceea), polisemică. Printre principalele accepții ale noțiunii putem nota:

- prezent într-o mare varietate de situații,
- implicat (sau inerent) dezvoltării, structurării.

**Psihiatrie extra muros (p.e.m.)** semnifică *stricto sensu*, psihiatria din afara zidurilor spitalului. Ea nu este sinonimă cu forme actuale de asistență psihiatrică prezentate sub denumirea de Psihiatrie Comunitară, sau Psihiatrie Socială și nici nu are în vedere moduri noi de abordare terapeutică prin Centre de Sănătate Mintală sau de spitalizare parțială. În linii de maximă generalitate **p.e.m.** cuprinde spectrul larg al tulburărilor de personalitate precum și numeroase reacții, stări și tulburări nevrotice. Pacienții cu aceste condiții sunt tangențiali psihiatriei clinice. Deși ei fug de psihiatrie, aceasta, la rândul ei nu ar trebui să-i accepte, tocmai pentru a nu-i complexa, pentru a nu le induce sentimentul că sunt bolnavi, spre a-i putea astfel, în mod efectiv, ajuta prin noile și numeroasele forme de asistență terapeutică din afara spitalului.

**Sindrom episodic de discontrol (s.e.d.)**, sintagmă recentă în neuropsihologie, definește un pattern comportamental violent, hipermetrop, dezadaptat, neprovocat, în orice caz nemotivat, care poate apare la pacienți cu leziuni cerebrale minore.

**Sistem axiologic (s.a.)**, ansamblul de reguli sau principii corelate, bazate pe criteriul valoric.

**Sociofobia, s.** (sin. **fobia socială**), exprimă o stare de teamă intensă apreciată ca excesivă și nerezonabilă, ce apare în anumite situații sociale, în care cel în cauză este expus ori determinat să colaboreze cu persoane nonfamiliale. Astfel de situații sunt evitate sau trăite cu distres și anxietate, fapt care antrenează o invalidare funcțională sau în relațiile cu ceilalți.

**Transfer (t.)**, termen psihanalitic, definit prin ansamblul sentimentelor, atitudinilor și expectațiilor pacientului față de terapeut. **Stricto sensu**, **t.** cuprinde aspecte raționale și adaptative, ca și distorsiuni iraționale, care apar din abisurile inconștiente ale pacientului, cu privire la persoana terapeutului. Cheie de boltă a psihanalizei, **t.** constituie principalul cadru de referință în procesul terapeutic.

Actualmente, noțiunea de **t.** și-a extins sfera, îmbogățindu-și conținutul; în noul cadru, **t.** nu mai este considerat o repetiție, ci o reactualizare (a experiențelor și trăirilor emoționale din timpul copilăriei) declanșată și favorizată de contextul psihoterapiei, dar mai ales de prezența și de rolul psihoterapeutului.

**Transfer negativ (t.n.)**. Spre deosebire și în opoziție cu transfe-

rul propriu-zis, care poate fi considerat **transfer pozitiv**, **t.n.** constă în ansamblul sentimentelor, atitudinilor și expectațiilor negative ale pacientului față de terapeut. Din această perspectivă, uneori, în cadrul curei terapeutice, pacientul poate dezvolta și prezenta o conduită ostilă sau chiar agresivă față de terapeut, sau acuze delirante, fenomene care trebuie tratate cu toleranță și profesionalitate.

**Trăire fantasmatică, t.f.** (denumită și **fantezie autistă**) este o sintagmă psihanalitică ce ilustrează un "mecanism de apărare" a **Ego**-ului. **T.f.** este determinată de anxietatea față de intimitate. În această situație, prin **t.f.**, cel în cauză caută satisfacții și consolare prin crearea unei vieți imaginare, mijloc prin care el reușește să se mențină într-o conduită detașată, distantă sau chiar izolată, față de intimitatea cu oamenii sau cu situațiile care o implică.

**Validitate, v.** (lat. **validitas**), termen explicat (sau tradus) inadecvat printr-un pretins sinonim în haina omonimiei, de **valabil**, **valabilitate** (vedeți Larousse: Dicționar psihologic sau Dicționar medical). Devenit desuet și argotic, termenul de "valabil", respectiv de "valabilitate" nu poate fi așezat alături de **validitate** care circulă numai în arii științifice; nu se poate spune despre o teorie că este "valabilă" și nici despre o anumită fată că este "validă". Utilizat cu precădere în ariile cercetării, termenul de **validitate** reprezintă confirmarea științifică a unei observații, constatări, supoziții sau teorii, în urma verificării experimentării sau replicării, prin care i se atestă autenticitatea și veridicitatea.

**Validitatea** este confundată uneori cu **reliabilitatea**, atribut ale cărui conotații sunt încrederea și credibilitatea. Astfel, psihanaliza este o teorie reliabilă, demnă de încredere, dar nu prezintă validitate întrucât nu se supune experimentului și verificării, asemenea fenomenelor din domeniul fizicii, sau chimiei care, confirmate prin experimente, prezintă validitate.

## ADDENDA

Dincolo de semnificația curentă, etimologică, **addenda** nu este numai locul "de adăugat", în care să menționezi ce "ai uitat", să corectezi ce "ai greșit"; **addenda** trebuie să fie un loc "de exprimat" poate chiar "de confiat", spre deosebire de textul lucrării în care ai **redat**, în mod rece și obiectiv, mai mult sau mai puțin detașat. Altfel spus, **addenda** este locul de **personală comunicare** fără a fi vorba de o dedublare. Din această perspectivă **addenda** nu face parte din lucrare fiind un fel de scrisoare, vocea unui **Alterego** care constată și un alt aspect dintr-o situație dată. Astfel:

1. harta nosografică a psihiatriei, edificată la începutul acestui secol, îmbogățită continuu cu noi state (noi entități nosografice cu statut științific oficial acreditat) este extinsă astăzi asupra acestei **Zona Incerta a Tulburărilor de Personalitate**, aflate între patologie și normalitate; deși am știut și am crezut întotdeauna că această zonă extinsă, teren fertil al culmilor creației umaniste, locuită de cei care reprezintă **sarea și piperul omenirii**, se află, **de facto**, sub egida **psihologiei sociale**, constatăm că este anexată, în acești ultimi ani, de către Psihiatrie;

2. căutând în Marele Lexicon al psihiatriei actuale, expus în două variante (americană și europeană) sub denumirea:

**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (Washington, 1994) și

**Classification of Mental and Behavioural Disorders** (World Health Organisation, Geneva, 1992), am constatat că odată cu împingerea hotarelor spre Normalitate, psihiatrii au preluat și populația teritoriilor ocupate, care se ridică la un impresionant procent; astfel, conform datelor înregistrate și prezentate în Catehismele citate, Continentul Normalității a pierdut 2/3 din populație, respectiv 67,25 %, care se adaugă celor dinainte știute ca aparținând patologiei psihiatrice;

3. ofensiva dezlănțuită a psihiatriei ultragiază **Sanogeneza Psihică** și tinde să înghită **Continentul Normalității**, prefigurând o viziune kafkiană, în care nu mai știi cine este sănătos psihic;

4. în această situație critică, determinată de invazia psihiatrică, ne adresăm jurnaliștilor dar și filosofilor, sociologilor și mai ales psihologilor, care țin cumpăna dintre normal și patologic ca (alcătuiind împreună un **Tribunal Internațional Informal**), având de partea lor **Timpul (Marele Judecător)** să inițieze limitarea agresiunii psihiatrilor.

## ABSTRACT

The issue of this monograph was determined of:

- the extension of psychiatry over this area placed at the junction of personology with sociology and psychiatry;
- the description of these conditions (which until now were not considered diseases) according to a medical **pattern** of disease, with all the specific **items** to each clinical entity from somatic pathology;
- the different opinions (in any case non-concordant) existent nowadays in the taxonomy of personality disorders.

The essential element which should constitute the foundation of any classifications is the criterion. Essential and also part of the definition, the criterion ensures the reliability, validity and stability of a classification.

In the pathology, the essential criterion for any taxonomy should be the etiologic one or one based on etiology. With an embarrassment that should not be dissimulated any more, excepting the infectious diseases, the medicine and obviously, the psychiatry, is still far away from mastering the etiology.

Concealing with care the ignorance regarding the causes of diseases, us, the doctors, governed by an apparent and maybe unconscious pride, are experts in etiologic suppositions, in assumptions concerning the causes of diseases.

Phenomenon specifically human, the wish for finding out the causes (which represented in turn, an important factor of human evolution) did not avoid the medical scientists. Generally, toward the zenith of their lives, those ones, ventured into the area of quick sands of the etiology, many of them, beginning with the parent of medicine, **Hippocrates**, covering themselves with ridicule. Thus, this doctor of antiquity, entered in legend, which dominates the history of universal medicine,

- although he described the clinical manifestations of **hysteria** with an authenticity and validity worthy of contemporary textbooks,
- with regard to the causes of the same illness (hysteria) considers that these ones are consisting of the shifting of the uterus through the human body and implicitly through the brain ???! (from where the idea, equally wrong, that hysteria is found only in women).

Examples somehow similar accompanied the entire history of medicine, without excluding **Sigmund Freud** or **Ivan Petrovici Pavlov**. The phenomenon by which numerous clinicians failed on the ground of etiology is somewhat alike those of great scientists which, despite their performances in the professional domain, were lesser (even clumsy often) in political or social domain.

On the other side, one cannot leave out the fact that the scientific medical world of our days,

- both in the presentation of clinical picture of diseases
- and in the election of nosological criteria,

leaving the etiology in parentheses, is based on what one knows best, on symptomatology.

In the same time, the researches from the domain of clinical medicine of today, gives up the theories and doctrines, regardless of the scientific prestige of those who elaborated them, reevaluating once more the clinical observation and the semiological phenomenology.

Moreover, the scientific authorities are nowadays denounced, in any case not sacred any more, the only authority being the clinical reality. Correlated with this fact, in our days the accredited opinions are not those of the individual but those of the group which, when it has an international character, brings the necessary transcultural dimension.

With the caution imposed by the findings already mentioned, in this classification we chose as criterion the **international validation degree** (of scientific accreditation) of specific personality disorders. Obviously, this validation was conferred by the two great international taxonomic systems, **ICD-X** (1992) and **DSM-IV** (1994). From this point of view we distinguish:

- \* Personality disorders generally validated,
- \* Personality disorders partially validated,
- \* Personality disorders in the process of validation,
- \* Controversial personality disorders,
- \* Invalidated personality disorders.

### **1. Personality disorders generally validated.**

In this group we inscribe those personality disorders recognised by the both taxonomic systems: European and American. There are eight of them, as follows:

- \* **paranoid** personality disorder,
- \* **schizoid** personality disorder,
- \* **dissocial** personality disorder,
- \* **borderline** personality disorder,
- \* **histrionic** personality disorder,
- \* **anxious (avoidant)** personality disorder,
- \* **dependent** personality disorder,
- \* **anankastic (obsessive-compulsive)** personality disorder.

### **2. Personality disorders partially validated.**

Here we include the personality disorders recognised only by one taxonomic international system, namely:

\* **schizotypal personality disorder**, which is accepted only by the American taxonomy (**DSM-IV**, 1994), while the European taxonomy (**ICD-X**, 1992) considers that the disorder is a proper psychosis from schizophrenia spectrum;

\* **narcissistic personality disorder** is recognised and presented as a clinical entity by **DSM-IV** (1994), while the European psychiatrists have the tendency to eliminate it, being satisfied with just mentioning it at the paragraph "Other specified personality disorders"; the Europeans retired its nosological statute because its content was taken over both by the **dissocial** and the **histrionic** personality disorder;

\* **emotionally-unstable personality disorder** is mentioned by the **International Classification of Diseases**, that is by the European taxonomy elaborated by the **OMS, Geneva** experts (1992), but is excluded from the American taxonomy illustrated by **DSM-IV** (1994).

### **3. Personality disorders in the process of validation.**

In this class we inscribe two types of personality disorder which, although until these last years were excluded from international taxonomies, nowadays are reevaluated. These are:

- \* **depressive personality disorder** and
- \* **passive-aggressive personality disorder.**

Both of them were eliminated from the last nosological European taxonomy (**ICD-X**, 1992) as well as from the last but one American nosology (**DSM-III-R**, 1987), but relatively recent brought back into discussion by **DSM-IV** (1994) and included into the paragraph "Diagnostic categories provided for further studies".

We consider that the attempt of reevaluating these two nosological

categories, invalidated before, should be correlated with a new clinical entity recently validated, **disthymia**, the three disorders fighting over the possession of an ample area of the mood spectre.

#### 4. Controversial personality disorders.

We denominated them **controversial** because, although described and mentioned in the **International Classification of Diseases**, they are not considered (despite the denomination) proper personality disorders. In this group there are:

\* **enduring personality changes after catastrophic experience** and

\* **enduring personality changes after psychiatric illness.**

As we already mentioned, the nosological statute of these conditions is controversial, being accepted in the greatest part of Europe, while in Britain and in the United States of America is contested. These clinical entities are not found in the British and American textbooks, but they were taken over and reevaluated by the OMS experts and included in the last edition of the **International Classification of Diseases** at the elaboration of which have participated almost 1000 psychiatrists from 52 countries.

The possible causes of this distinction were presented at the respective chapter, so we only mention here the differences:

- in the life experience, the history and traditions, as well as
- in the clinical approach and the nosological construct,

between Britain and the United States of America on one side, and the European countries and other geographical areas on the other side.

#### 5. Invalidated personality disorders.

In this category we inscribe two forms of personality disorder which appeared in some psychiatric taxonomy, especially American ones, until the last decade, nowadays being excluded from every international taxonomy. These are:

- \* **self-defeating personality disorder** and
- \* **sadistic personality disorder.**

They are invalidated because their content was taken over by other forms of personality disorders, **dependent** and **passive-aggressive** disorder respectively.

## CONTENTS

I. ARGUMENT .....	7
II. PERSONALITY DISORDERS: A PSYCHOLOGICAL, PSYCHOPATHOLOGICAL AND CLINICAL PERSPECTIVE .....	11
1. History of personality disorders .....	12
2. Definition of personality disorders .....	19
2.1 Personality type/ disorder /change triad .....	20
3. About validity of the term "personality disorder"; synonymies, inclusion .....	22
4. Etiology correlated factors in personality disorders .....	26
4.1 Personality disorders from psychoanalytical perspective .....	28
4.1.1 Ego defense mechanisms, expression of patients life history .....	30
4.1.2 Main defenses involved in some personality disorders pathogenesis .....	32
5. Epidemiological data concerning personality disorders .....	34
6. Actual classifications of personality disorders .....	35
6.1 Cluster based classification .....	37
6.2 Severity degree based classification .....	40
6.3 Proposal of a new classification based on scientific validity degree .....	42
7. Onset of personality disorders .....	47
8. Psychological and psychopathological traits .....	49
9. Diagnostic criteria for personality disorders .....	51
9.1 Validity and constancy of personality disorder diagnosis .....	53
9.2 An important step towards validation: the diagnosing model (monothetic or polithetic) .....	54
9.3 Differential diagnosis criteria for personality disorders .....	56
10. Personality disorder and comorbidity .....	59



11. Course of personality disorders .....	61
12. Complications of personality disorders .....	63
13. Prognosis for personality disorders .....	65
14. Clinical examination and assesment of personality disorders .....	67
15. Therapy of personality disorders: expectation and reality .....	69
15.1 Psychotherapeutical approach: expectation and possibilities .....	69
15.1.1 General psychotherapeutic recommendations in personality disorders .....	69
15.1.2 Specific psychotherapeutic recommendations in personality disorders .....	71
15.2 Psychopharmacological therapy of personality disorders; a promising approach .....	73
15.3 Hospitalisation of personality disorders patients .....	75
15.4 About therapeutic compliance in personality disorders .....	76
15.5 Transference problems in personality disorders therapy .....	77
15.6 Prospective therapeutical approaches .....	78
<b>III.SPECIFIC PERSONALITY DISORDERS .....</b>	<b>79</b>
<b>VALIDATED PERSONALITY DISORDERS .....</b>	<b>80</b>
Paranoid personality disorder .....	80
Schizoid personality disorder .....	90
Schizotypal personality disorder .....	96
Dissocial personality disorder .....	104
Borderline personality disorder .....	111
Histrionic personality disorder .....	125
Narcissistic personality disorder .....	132
Anxious (avoidant) personality disorder .....	138
Dependent personality disorder .....	146
Anankastic (obsessive-compulsive) personality disorder .....	152
Emotionally unstable personality disorder .....	162
<b>PERSONALITY DISORDERS IN COURSE OF VALIDATION .....</b>	<b>168</b>
Depressive personality disorder .....	168

Passive-aggressive personality disorder .....	172
<b>CONTROVERSIAL PERSONALITY DISORDERS .....</b>	<b>178</b>
Enduring personality change after catastrophic experience .....	181
Enduring personality change after severe psychiatric illness .....	184
<b>PERSONALITY DISORDERS NOT VALIDATED .....</b>	<b>187</b>
Self-defeating personality disorder .....	187
Sadistic personality disorder .....	189
<b>References .....</b>	<b>191</b>
<b>Thematic index .....</b>	<b>196</b>
<b>Pharmacotherapeutic index .....</b>	<b>204</b>
<b>Name index .....</b>	<b>205</b>
<b>Glossary of some terms .....</b>	<b>207</b>
<b>Addenda .....</b>	<b>216</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>217</b>
<b>Contents .....</b>	<b>221</b>

