

Schiță a problematicii Tulburării de Personalitate

(2025)

Nosologia psihiatrică și problematica personalității. Diagnosticul de Tulburare de Personalitate - TP – s-a impus treptat în a doua jumătate a sec. XX în continuitatea „constituțiilor morbide” comentate la începutul acestuia. În sistematica nosologiei psihiatrice ele vizau disfuncția „terenului personalistic” și împreună cu „nevrozele”- interpretate mai ales psihanalitic – constituiau „mica psihiatrie”. Baza clinicii psihiatrice era formată însă, pe parcursul sec. XX, de psihozele endogene ce pretindeau instituționalizarea; psihoze ce gravitau în jurul cuplului instituit de Kraepelin: Boală Bipolară – Schizofrenie; și care reprezentau „marea psihiatrie”, plasată în continuitatea celei azilare din sec.

Schema tradițională menționată mai sus s-a metamorfozat spre sfârșitul sec.XX, fapt ce se evidențiază în Manualul DSM-III (1980). Acesta renunță la termenul de nevroză și la cel de „endogenie” (pentru psihoze) introducând un diagnostic pe 5 axe, una specială fiind destinată tulburărilor psihice persistente, în esență Tulburărilor de Personalitate (TP). Au urmat ani de crescut interes și studiu al acestei categorii nosologice, într-o perioadă în care s-a dezvoltat amplu psihologia relaționărilor interpersonale. Ediția din 2013 a DSM-5 a renunțat însă la diagnosticul pe axe, deschizându-se față de preocupările privitoare la „continuumul psihopatologic” dintre simptomatologia entităților categoriale și dintre acestea și normalitate; fapt care a contribuit, și el, la regândirea problematicii TP.

Problema implicării conceptului de personalitate în psihopatologie nu a fost simplă, datorită complexității noțiunii de persoană și a dificultății de a contura condiția specifică a psihopatologiei psihotice, în esența ei realizată printr-o specifică afectare a structurii identitare a persoanei, în urma unui proces de depersonalizare-transpersonalizare ce conduce la delir și/sau la dezorganizare anonimizantă; plasând subiectul într-o „lume psihotică” dezadaptativă,

Repere din istorie a conceptului de persoană

Psihologia s-a născut ca disciplină teoretică în cadrul speculațiilor filosofice din antichitate asupra cunoașterii, prin cartea DE ANIMA a lui Aristotel. Conceptul de persoană nu e invocat însă în psihologia greco-romană – și în noetica scolasticii medievale - el semnificând inițial o re-prezentare a unei instanțe umane în fața dezbaterii colectivității din agora, la tribunale sau la teatru (etimologic, termenul ar deriva de la latinescul “per-sona” – mască teatrală); probabil și cultul roman al statuilor publice s-a înscris în acest înțeles. Noțiunea de persoană a fost însă asimilată de dogmatica creștină pentru a indica cele trei hipostaze ale Dumnezeuului triontic, care se iubesc între ele – prin “perihoreză” – din eternitate. (Creștinismul e o religie “personalistă”, subiectul i se poate adresa personal lui Dumnezeu din stăfundurile sufletului său, iar acesta i se poate adresa direct).

În Europa de după Renaștere, psihologia teoretică s-a îmbogățit cu noi concepte, precum cel de eu, sine, conștiință, subiectivitate, percepție etc; iar comentariile despre firea oamenilor s-au desfășurat în perspectivă caracteriologică și autobiografică, prin scris; fiind răspândite de tipar. Sinteza etică a lui Kant de la sfârșitul iluminismului, a speculat însă că omul: se poate împărtăși din “dimensiunea angelică” a persoanei (divine) prin exercitarea “imperativului categoric”. În sec. XIX când s-a dezvoltat psihologia experimentală, limbajul acesteia era dominat de doctrina facultăților – cognitivă, volitivă, afectivă - ignorând conștiința, eul, sinele și persoana. Conceptul de persoană a început să joace însă progresiv un rol tot mai important în societatea civilă, în circumscrierea și identificarea cetățenilor, vorbindu-se despre personalități publice, creatoare, istorice etc. El și-a păstrat și deschiderea spre contactul cu transcendența, prin doctrinele filosofico-teologale personaliste. În psihopatologie s-a descris acum dubla personalitate și depersonalizarea.

La începutul sec. XX, sinteza psihopatologiei generale pe care a făcut-o Jaspers a implicat, în tradiție kantiană, un psihism centrat de un eu conștient și sintetizator, ce se referă la situații actuale comprehensive. Acesta are în fundal o identitate persoanlistă, biografico caracterială, ce menține o coerență sincronă și diacronă a existenței și a prezenței sale la lume. Iar subiectivitatea conștientă de sine a persoanei resimte constant că trecutul și proiectele îi aparțin; că propria “agenție” se află sub control autonom; cu toate interacțiunile, uneori duale, cu alții (psihismul persoanei e centrat, unitar, organizat și delimitat). Persoana din concepția lui Jaspers e deschisă nu doar spre alții și lume, ci și spre transcendență; ea fiind capabilă de libertate, autodeterminare, creație întru nou. Psihopatologia, mai ales cea psihotică, alterează diverse instanțe ale acestei structuri identitare personaliste.

În sec. XX, conceptul de persoană și-a menținut înțelesul de inserție a subiectului în dimensiuna socio-culturală a lumii sale umane și de sinteză a propriei identități. Direcții în care se continuă, și în prezent, promovarea în plan mondial a ” drepturilor și demnității persoanei umane”. Dezvoltarea fenomenologiei a revalorizat trăirea subiectiv-conștientă a propriei corporalități, ca una din cele trei nivele ale identității proprii, implicată în relaționarea intersubiectivă cu alții. Psihologia persoanei ce s-a dezvoltat în a doua jumătate a acestui veac, a continuat proiectul psihanalitic și a dezvoltat tema relaționării interpersonale, centrându-se însă mai mult pe caracteriologie (și elaborând doctrina celor Cinci Mari Factori).

Psihologia persoanei s-a dezvoltat însă și în alte direcții, ca cea narativă; a cărei model ar putea fi rezumat astfel: Persoana identitară ce se raportează continuu la evenimente problematice actuale, generează pentru rezolvarea acestora scenarii, în care ea este eroul principal; ulterior ea elborează regii și se implică în roluri, rezolvând prin participare directă problemele situaționale ce o afectează. Episodul astfel trăit este integrat în biografie. În rezumat: Instanța psihică a persoanei ar consta și dintr-un generator intențional de scenarii în raport cu problematica situațională a lumii ce o afectează, regizând și jucând apoi rolurile corespunzătoare; și edificându-și astfel o biografie trăită.

distinctă de viața cotidiană. Pe când, tulburările ne-psihotice, centrate pe distorsiunea raportărilor situaționale și incluzând afectarea structurii identitare în formula Tb de Personalitate, ne mențin în lumea socio-culturală comunitară, în cadrul parametrilor vieții cotidiene li a trpirii unr situiatii problematice actuale,îmoreunăși alături de alții. Comentarea TP se conjugă astfel, indirect, cu cea a stărilor psihotice.

Conceptul de persoană nu a jucat un rol în tradiționala psihologie filosofică ce a funcționat din antichitate până în sec.XIX. Odată cu dezvoltarea în acest veac a semiologiei psihopatologice, el a fost invocat spre sfârșitul acestuia în două sindroame: - Dubla personalitate, corelată problematicii histeriei lui Charcot, dar care rareori ajungea în clinicile azilare; și, - Sd. de depersonalizare/derealizare, caracterizat prin sentimentul pierderii atașamentului și detașarea subiectului față de sine, alții și lume. Acest sens al depersonalizării a fost reluat și diversificat apoi de Jaspers la începutul sec. XX, pentru a comenta metamorfoza psihotică ce o trăiește psihismul în procesul alienant al „delirului primar”, cu transpunerea sa într-o „lume delirantă”. E de reamintit că Jaspers înțelegea persoana ca o sinteză a întregii existențe biografice a subiectului, identic cu sine diacron, delimitat și centrat agențial autonom, angajat în evenimente cu sens și în relaționări intersubiective, într-o lume umană spirituală (Caseta)

În perspectivă antropologică, conceptul de persoană conștientă a funcționat de-a-lungul sec.XX – dincolo de sensul său tradițional juridic - mai ales într-un sens generic socio-cultural (e.g: respectarea demnității persoanei umane). În paralel, s-a dezvoltat pe parcursul acestui secol o psihologie experimentală cantitativă „de laborator” și psihanaliza; iar spre mijlocul său, o „psihologie a persoanei” centrată pe caracteriologie: ulterior și pe relaționările interpersonale. În cea de a doua jumătate a sec.XX a câștigat progresiv teren – mai ales după apariția DSM-III - conceptul de Tulburare de Personalitate; cu referință la manifestarea distorsionată a relaționărilor interpersonale la nivel temperamental caracterial; dar și cu conduite disociale Totuși, viziunea lui Jaspers privitoare la

sensul biografic, identitar, spiritual și integrator al persoanei conștiente - care asigură autonomia, coerența și agenția subiectului - s-a păstrat, chiar dacă marginal; și a fost reluat în ultimele decenii în contextul studierii psihozelor – recte, a schizofreniei de tip bleulerian.

O dezbatere privitoare la implicarea „instanței persoanei” în psihopatologie – cu menținerea atât a fațetei sale de structură temperamental caracterială cât și a celei de sinteză a identității biografice a subiectului autonom și unic, centrat de un sine intențional reflexiv - e stimulativă; mai ales pentru efortul de a apela la tulburările psihice, în vederea circumscrierii specificului uman al psihologiei. Fapt ce se impune cu insistență, odată cu dezvoltarea psihologiei și psihopatologiei evoluționist culturale.

Tulburările de personalitate în nosologia psihiatrică actuală. În cazul TP e vorba, deci, de persoane care continuă să-și desfășoare viața curentă în mijlocul veștii cotidiene a colectivităților; dar au o structură caracterială și un comportament aparte, excentric, parțial deficitar, care condiționează o integrare socială dificilă, repetate probleme relaționale și, deseori, încălcări ale normelor legale și morale. Această cazuistică s-a regăsit mereu printre oamenii marginalizați social și infractori. Dar TP pot fi însoțite și de un bun intelect; iar uneori chiar de creativitate. În ultimele decenii s-a studiat corelația dintre TP ale adultului și perturbări ale dezvoltării psihice ontogenetice, ale copilului și adolescentului. Pe de altă parte, multe din modelele comportamentale din TP ale adultului, sugerează asemănări cu simptomatologia unor tulburări mentale, inclusiv psihotice. Faptul a fost comentat încă din prima jumătate a sec.XX – de către Kretschmer – fiind exprimat în eticheta unor TP din DSM-III-5 (e.g. TP Paranoică,.. Schizoidă,..Obsesiv-Compulsivă) și avut în vedere de actuala doctrină a spectrelor malade.

Caseta

Din istoricul „tulburărilor de personalitate”

În sec.XIX se citează comentariul psihiatrului englez Pritchard (1835) privitor la „moral insanity” într-o perioadă în care în Germania s-a dezvoltat o psihiatrie morală și în Franța o doctrină a degenerescentei. Conform acesteia, cauza bolilor mentale ar fi păcatul, viciul, abuzul de alcool, sexualitatea, actele imorale; iar cei ce păcătuiesc au urmași tarați fizic și moral, care adâncesc de-a lungul generațiilor păcatul originar. În Franța, spre sfârșitul sec.XIX au fost descriși „degenerați superiori”: persoane cu intelect bun dar cu multiple disfuncții psihice, comportamentale, morale. La sfârșitul acestui secol s-a impus și doctrina lui Lombroso cu privire la criminalul înăscut, identificabil după aspectul corporal. Iar Kraft-Ebing a publicat lucrarea sa privitoare la psihopatia sexuală, în cadrul căreia descria sadismul, masochismul și alte perversiuni.

Sistemul nosologic al lui Kraepelin constituit la sfârșitul sec.XIX, menționează și el personalități psihopate, în ediția din 1904 fiind comentate 4 tipuri: mincinosul patologic și escroc, criminalul impulsiv, criminalul profesionist și vagabondul morbid. Ediția din 1915 cuprinde două clase: - cazuri cu tulburări comportamentale: excitabilul, instabilul, impulsivul, excitatul, mincinosul și escrocul, antisocialul și certărețul și – cazuri cu dispoziții morbide impulsive, obsesive și deviații sexuale.

La începutul sec XX s-a comentat, mai ales de către psihiatria franceză în cadrul doctrinei degenerescentei, așa zisele „constituții morbide”, cum ar fi: constituția emotivă (anxioasă), cea paranoică, histerică etc. Apoi, în prima jumătate a sec.XX Schneider publică o carte privitoare la „personalități psihopate” pe care le consideră ca variante caracteriologice extreme – dar nu ca boli psihice –, care din cauza particularităților lor suferă și fac pe alții să sufere. Schneider a descris 10 tipuri dar fără a folosi termeni psihiatrici. Aceste persoane sunt mai predispuse de a realiza reacții comprehensibile anormale („erlebnisreaktion”), care se pot cumula intrapsihic, conducând spre stări de tip nevrotic.

Persoanele cu comportament excentric amoral și dissociat au fost abordate în lumea anglo saxonă din perspectiva sociopatiei și anetopatiei. O lucrare de referință în acest sens a fost cea lui Cleckley „The mask of sanity”.

După cel de al doilea război mondial sistemele de clasificare ce s-au dezvoltat în plan internațional au cuprins și categoria tulburărilor de personalitate, apropiind aceste cazuri de patologia psihiatrică. Orientarea s-a concretizat odată cu sistemul american DSM-III (1980). Tipologia a fost în mare preluată de la Schneider dar apropiată de patologia psihiatrică, utilizându-se și o terminologie specifică acesteia; a fost introdus și un sistem de diagnostic pe axe, care diferențiază tulburarea episodică de cea persistentă, ultima incluzând TP.

Odată cu Manualul DSM-III interesul pt TP a crescut mult, deoarece acestea erau comentate pe o ax separată de cea a Tb episodice. Caracterizarea TP s-a menținut însă între parametrii tradiționali a unei „psihologii a funcțiilor psihice,, ea fiind următoarea:.

Tulburarea de personalitate (TP) e circumscrisă în DSM-III-IV ca o categorie diagnostică ce are în vedere persoane ce prezintă o configurație de

comportamente și trăiri ce deviază în mod marcat de la expectațiile culturii în care individul trăiește. E vorba de persoane ce se caracterizează prin disfuncții cognitive (perceperea sinelui, a altora și a evenimentelor), afective (privitoare la intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsurilor emotive), a funcționării interpersonale și a controlului impulsurilor

Sunt avute în vedere 10 tipuri grupate în 3 clustere: A. (persoane ciudate, excentrice) : paranoidul, schizoidul, schizotipalul; B. (persoane dramatice, instabile, emoționale): antisocialul, marginalul („borderline”), histrionicul, narcisistul; C. (anxioși, temători): dependentul, evitantul, obsesiv-compulsivul.

Acestei abordări tradiționale și viziunii strict categoriale ce nu acceptă un continuum – între categoriile de TP..între acestea și alte categorii psihopatologice și între psihopatologie și existența psihic normală a omului – DSM-5 acceptă și o variantă opțională de diagnostic, dimensională; care, are o circumscriere mult mai flexibilă...iar etichetarea tipologico caracterială se face (pt categoriile acceptte) după parmatruii Doctrinei celor Conci Mari factori). Felul în care au fost circumscrie TP în ultimele decenii favorizează interpretarea lor ca și cazuri la care: - dimensiunea temperamental caracterială a persoanei identitare se organizează deficitar-disfuncțional, neechilibrat și constrângător; - unele potențialități dispoziționale, mai ales interpersonale, manifestându-se excesiv, iar altele deficitar; - astfel încât, pattern-ul comportamental e neadecvat și perturbator interpersonal social. În plus, se poate remarca faptul că, **atât în varianta dimensională din DSM-5 cât și în cea din ICD-11, se acordă recent o atenție crescută raportării deficitar distorsionate la sine (self), la resimțirea identității, autodezvoltare, acuratețea percepției de sine a subiectului – ca ca fiind unic, cu, limite clare în raport cu alții, privitor la stabilitatea stimei de sine, la autodirecționare, autocontrolul impulsurilor etc.**

Caseta

Cele zece tipuri de TP descrise în DSM-II-IV se caracterizează prin:

T.P. paranoidă: - neîncredere, suspiciozitate continuă față de alții; impresia că alții îl prejudiciază, nu sunt loiali și corecți cu el, folosesc informațiile despre el împotriva sa; interpretează evenimente neutre ca ostile, se simte ușor ofensat, atacat, înșelat de partener.

T.P. schizoidă: - detașare în relațiile sociale și o gamă restrânsă de expresie a emoțiilor; nu se bucură de relații apropiate, nici în familie; preferă activități solitare; nu are interes pentru relații sexuale, prietenie, confidențe; e indiferent la critici și laude; afectivitatea e rece, plată, tocită.

T.P. schizotipală: - suspiciozitate, lipsă de confidenți apropiați, anxietate socială excesivă, comportament și aspect excentric, bizar, afect inadecvat, gândire și limbaj ciudat, vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat, stereotip, experiențe perceptive insolite, iluzii corporale, gândire magică, clarviziune, telepatie „al șaselea simț”.

T.P. antisocială - e inflexibil în atitudini și comportamente neglijând sau violentând drepturile altora, prin: neconformarea la normele sociale cu comportamente ce constituie motive de arest; incorectitudine, minciuni, manipularea altora pentru profit sau plăceri personale; impulsivitate sau incapacitate de a face planuri; iritabilitate și agresivitate cu confruntări sau atacuri corporale; neglijență pentru siguranța personală sau a altora; lipsă de comportament consecvent în muncă ori de a-și onora obligațiile financiare; lipsa de remușcare, indiferență față de faptul de a face să sufere, de a maltrata sau fura de la altul.

T.P. histrionică: - atragerea atenției celorlalți asupra sa printr-un comportament hiperexpresiv, provocator inadecvat, inclusiv sexual; îmbrăcăminte stridentă, mimică și gesturi teatrale; vorbire afectată ce atrage atenția; autodramatizare, teatralitate, exagerarea expresiei emoționale; consideră relațiile apropiate ca mai intime decât sunt de fapt.

T.P. instabil emotivă, „marginală” – instabilitate în relațiile interpersonale, privitor la imaginea de sine, afecte, cu marcată impulsivitate; eforturi de a evita abandonul (real sau imaginar); relațiile interpersonale oscilează între extrema idealizării și devalorizare; impulsivitate cu potențial de autovătămare (abuz de substanțe, sex, alimentare impulsivă, conducere riscantă), repetate gesturi de automutilare și parasuicid; oscilații între disforie, iritabilitate, anxietate; sentiment de vid interior; dificultate de a-și controla furia; idei de paranoide tranzitorie.

T.P. narcisistă - sentiment de grandiozitate cu nevoia de admirație din partea altora, subiectul fiind lipsit de empatie; e preocupat de fantezii legate de succese, putere, frumusețe, considerând că este o persoană specială ce nu poate fi înțeleasă de oricine; pretinde din partea altora admirație excesivă și tratament special; e exploatare al altora, lipsit de empatie, invidios, arogant.

T.P. evitantă - inhibiție socială cu preocupări de neadecvare și hipersensibilitate la evaluări negative; evită activități profesionale care presupun multe contacte interpersonale; nu se apropie de altul decât atunci când e sigur că va fi acceptat, are relații intime restrânse de frica ridiculizării; se vede pe sine neatractiv social, inferior altora; e reținut în a se angaja în acțiuni noi riscante.

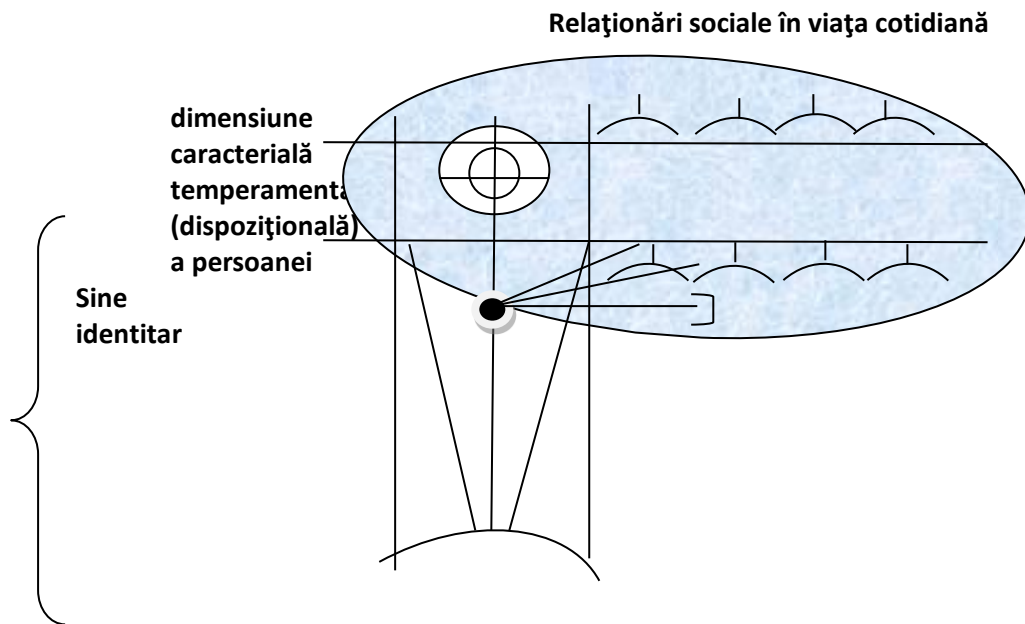
T.P. dependentă este excesiv de sumisivă față de altul cu pronunțată frică de separare. Are dificultăți să ia decizii singur, să-și asume responsabilitatea, să-și exprime dezacordul față de alții, să inițieze singur proiecte și să le ducă până la capăt (din lipsa încrederii în sine), face eforturi de a obține acceptarea și suportul altuia, chiar făcând lucruri care nu-i plac, se simte nefericit dacă e singur crezând că nu poate avea grijă de sine; dacă dispăre o persoană de care e atașat caută imediat un înlocuitor; mereu are frica că singur nu se va descurca.

T.P. obsesiv compulsivă – preocupare excesivă cu ordinea, perfecționism, control mintal și interpersonal, în defavoarea flexibilității, deschiderii și eficienței: - excesiv dedicat muncii și productivității, cu neglijarea recreerii și relaționărilor; - preocupare crescută cu detaliile, regulile, listele, organizarea, orare și programe. pierzând din vedere scopul principal; - perfecționism care interferează cu finalizarea sarcinilor; - incapabil să scape de lucruri uzate, fără valoare; - excesiv de conștiincios, scrupulos și inflexibil în ceea ce privește moralitatea; - are greutate în a lucra cu alții, dacă aceștia nu se conformează complet stilului său; - zgârcenie; - e rigid și încăpățânat.

Un astfel de inventar indică interesul crescând pentru înțelegerea persoanei și ca o cupolă integratoare diacron, pentru dimensiunea identitară de ansamblu a psihismului persoanei ce se manifestă psiho social. Fapt important pentru a se putea articula studiarea psihopatologiei nepsihotice cu cea psihotică.

Sistemul de diagnostic DSM-III, care a susținut interesul crescut din ultima perioadă asupra TP, a cultivat o tipologie categorială a acestora, descriptivă și nesistematică, cu menționarea a zece tipuri, caracterizate prin itemi preciși – deci, ușor reproductibilă (Caseta 43). Într-un fel, el urmează opțiunea lui Schneider din prima lucrare publicată la începutul sec. XX privitor la Personalitățile Psihopate; care descrie tot un număr finit de tipuri, folosind însă un limbaj nepsihiatric și o opțiune doctrinară cu trimitere la ”caracteriopatii”, diferite de „bolile psihice” (ce ar avea un substrat organic). Recenta variantă a TP din ICD-11 (2019) propune o etichetare a cazuisticii tot necategorială, bazată pe referința la 6 calificatori: afectivitate negativă, detașare, dissociabilitate, dezinhibiție (impulsivitate), anancasm (preocupare cu ordinea) și marginalitate („pattern borderline”- cu referință la instabilitate psihică). Ceea ce merită atenție în redactarea TP în ICD-11 este nu doar trimiterea explicită la perturbarea sinelui identitar și limitarea în timp a tulburării (peste 2 ani), ci și evaluarea a 3 grade de intensitate: Intensitatea ușoară face tranziția spre normalitate, cea medie definește domeniul. Intensitatea pronunțată a TP face însă dificilă sau imposibilă menținerea sa în mijlocul vieții cotidiene; iar direcția de plasare socială a acestor cazuri e, fie către penitenciare, fie spre instituțiile psihiatrice - dată fiind marginalitatea lor față de psihoze. Această provocare merită atenție. La acest nivel ne rezumăm la două tipuri dintre cele zece categoriale ale DSM-III-IV: cea mai puțin și cea mai intens studiată: TP schizoidă și TP marginală (borderline).

Aria psihică disfuncțională în tulburările de personalitate în cadrul psihismului persoanei



În tulburările de personalitate disfuncția nu vizează destructurarea prezentului trăit (înțelegere, reprezentare și raportarea la situație), ci mai ales gestionarea relaționărilor interpersonal sociale în contextul vieții cotidiene, organizarea proiectelor în viață și autoperceperea de sine. Dimensiunea temperamentală caracterială e disfuncțională cu manifestare excentrică a parametrilor evidențiați de circumplexul interpersonal.

Varianta dimensională din **DSM-5** invocă în caracterizarea TP, în primul rând, deficitul de funcționare socială reflectat în înțelegerea și aprecierea experiențelor și motivațiilor celorlalți; a toleranței unei perspective diferite de cea proprie și a consecințelor propriilor acte asupra altora (empatia). Precum și deficiențe ale profunzimii și duratei conectării la alții, a mutualității reflectate în comportamentul interpersonal (intimitatea). Altă dimensiune deficitară e considerată cea a autodirecționării, adică capacitatea de a urmări în mod coerent și semnificativ scopuri pe termen scurt și în perspectiva vieții; și utilizarea de standarde interne comportamentale constructive și prosociale cu o abilitate de autoreflexie productivă.

Se consideră că există și deficiențe în resimțirea identității proprii ca fiind unică, cu limite clare în raport cu alții, stabilitatea stimei de sine și în autoapreciere, capacitatea și abilitatea de reglare a experiențelor emoționale. Dar autoperceperea identitară nu grevează inserția în microgrupuri; iar subiectul nu se simte transpus în condiția de personaj fictiv, așa cum se întâmplă în delir.

TP schizoidă nu a beneficiat de multe studii sistematice, deși profilul ei e ușor de circumscris iar interesul pentru acest domeniu datează din prima jumătate a sec.XX, de pe vremea lui Kretschmer. În prezent pare destul de convingătoare plasarea sa în aria „spectrului schizofren”. Dar, spre deosebire de TP schizotipală ea nu prezintă un profil simptomatologic propriu suficient de consistent, definirea sa fiind mai ales prin itemi negativi: gamă restrânsă de expresie a emoțiilor...detașare în relațiile sociale...afectivitate rece, plată, tocită....lipsă de interes pentru relații sexuale sau de prietenie, pentru confidențe....preferă activități solitare...indiferent la critici și părerea altora despre sine.

TP Schizoidă se caracterizează deci printr-un deficit general al sociabilității, a propensiunii spre relaționări sociale; aspect care o apropie de autismul developmental. Deși se diferențiază parțial de spectrul lărgit al acestuia - prin absența stereotipiilor, a nevoii de rigidă delimitare, a abilităților constructive și a interesului pentru cifre -, multe alte asemănări susțin ideea unei astfel de intersecții. Deficitul și aplatizarea sociabilității se conjugă acum cu cea a emotivității sociale, a atașamentului – cu o existență solitară – și cu un apragmatism general. Un aspect eventual specific schizoidului ar fi cel al preocupărilor sale pentru lectură, cuvinte și domenii abstract speculative. Deasemenea, psihopatologii de orientare fenomenologică au evidențiat – în instrumentul EASE - o autopercepție aparte, subiectul resimțindu-se o persoană specială, diferit de toți ceilalți oameni, contactul cu aceștia fiind resimțit intruziv, uneori dezvoltând o grandiozitate solipsistă. Punerea în balanță a TP schizoide cu psihopatul Cleckley sugerează că, areactivitatea emotiv dispozițională la anxietate și emoții sociale empatice – milă, remușcare – sunt dimensiuni distincte; că, această areactivitate emotivă poate coexista atât cu o sociabilitate asertivă și cuceritoare, amoral exploativă, dominator, manipulativă și agresiv sadică (în psihopatie); cât și cu asociabilitatea apragmatică, izolant autistă a schizoidului.

Persoanele schizoide au un set dispozițional afectiv redus, centrat pe indiferența detașării.

TP marginală – „borderline”- a fost în schimb una din cele mai studiate în ultimele decenii, implicată în variate interpretări doctrinare și tipuri de cure terapeutice. Profilul său de circumscriere semiologică ne trimite spre o majoră instabilitate psihică dispozițională, centrată pe disforie și vid interior, sufletesc. Dar și cu instabilitate relațională în zona intimă, cu hetero și autoagresivitate impulsivă, centrată pe raportarea la o unică persoană apropiată, eventual de atașament. Pacientul oscilează, nemotivat, între: sumisiune cu adulație...dominare conflictual agresivă...suspiciune..indiferență,...atitudine distantă. Fundalul dispozițional afectiv predominant e anxios depresiv - disforic- uneori agresiv, cu perioade de vid interior (depersonalizant). Sentimentul identității (cu sine) e fragil; comportamentul e frecvent impulsiv (incluzând adicție, comportamente riscante și autoagresive). **În cazul TP Borderline se impune deficitul de „coerență centrală” a psihismului persoanei identitare, la nivel dispozițional-interpersonal, în jurul unui sine-eu insuficient de stabil conturat** și de coerent. Se mai poate reaminti că, TP Borderline e apropiată de spectrul tulburărilor disociative, inclusiv de psihoza disociativă. Atât TP Schizoidă cât și cea Borderline apropie psihismul persoanei de un deficit, de o „destructurare,, de tip psihotic . E vorba de o altă zonă a patologiei psihotice decât cea la care se ajunge în cazul Bufeurilor Psihotice Scurte. Dar faptul că **atât Tb de Personalitate cât și patologia psihotică se desfășoară în aceeași „instanță structural identitară a psihismului persoanei** – cum s-a menționat la începutul textului - nu trebuie ignorat.

Conceptul de persoană s-a infiltrat progresiv în psihologia sec. XX ajungându-se să se de o psihologie a persoanei, mai ales în corelație cu caracterologia și motivația. Unele direcții ale psihanalizei care au pus accentul pe “eu” și pe “sine” și-au revendicat și ele această poziție, la fel ca psihologia interpersonală și cea narativă. D.p.d.v. psihologic conceptul rămâne vag și capătă o oarecare pregnanță dar prin contrast cu psihologia funcțiilor sau cu domenii specializate ale psihologiei (școlare, militară, industrială, etc.). Referitor la aspecte relativ constante și globale ale psihismului, individul este însă o caracteristică de bază a acestui domeniu.

Conceptul de persoană a avut o origine juridică în lumea greco-romană cu accent pe re-prezentarea subiectului uman într-o instanță. De aceea s-a și speculat asupra derivării cuvântului “persoana” din masca teatrală (“per-sonare”). Ulterior conceptul a făcut carieră în dogmatica creștină unde s-a încetățenit dogma celor trei persoane ale lui Dumnezeu “care se iubesc una pe alta într-o continuă comuniune”. Conceptul de caracter și caracterologie a avut un alt curs și s-a întâlnit cu cel de persoană dar recent. La sfârșitul sec. XVIII Kant încearcă să înnobileze etic omul conferindu-I rangul (angelic transcendent) de persoană, utilizată până atunci doar pentru ființa supremă. În sec. XIX și XX au luat naștere o serie de curente “personaliste” de inspirație creștină dar și coloratură etică (la Scheller) sau “umanistă” (Mounier). Filosofia existențialistă a lui Jaspers era apropiată de “personalismul” vremii astfel încât în psihopatologia clasică germană termenul a fost adaptat, de către Schneider (sub influența lui Scheller) pentru a circumscrie “personalitățile psihopate”. În sec. XX conceptul de persoană, promovată de umanismul personalist în universul soci-etico-politic al democrației occidentale și-a asigurat o poziție publică solidă în perspectiva neokantiană a “respectării demnității persoanei și a drepturilor omului”. Înțelesul cel mai curent s-a păstrat ca cel de instanță sintetic reprezentativ pentru individul uman conștient. De aceea, alături de conceptul de sine (“self”) – care rezumă conceptul de eu și conștiință – cel de persoană rămâne și în prezent un termen definitoriu pentru specificul uman al psihologiei; și deci, și a psihopatologiei. Dar tendința de a fi folosit abuziv rămâne mare, mai ales în direcția accentului pe aspectul său reprezentativ social. Astfel “o persoană” poate echivala cu un individ uman considerat în sens statistic, ceea ce contrazice întreaga istorie și semnificație a conceptului.

Jaspers, la începuturile psihopatologiei, a folosit precaut termenul de persoană. Pentru el persoana era un ideal, o idee directoare în sensul lui Kant, care girează globalitatea și sensul subiectului dar nu are contur ferm și termeni de împlinire.

Acest punct de vedere poate fi considerat și astăzi valabil, dacă problema e abordată cu seriozitate – responsabilitate. Funcționarea în roluri sociale angajează desigur parțial persoana, care astfel re-prezintă subiectul în diverse incidente ale vieții sociale. Deteriorarea funcționării sociale (impairment) invocată de DSM-III-IV în circumscrierea tulburării psihice se referă la acest aspect social, eventual socio-juridic. Tulburarea de personalitate tensionează continuu relațiile interpersonal-sociale ale vieții de zi cu zi în diverse medii sociale, deseori încălcând normele socio-juridice. La nivelul relaționării, desigur subiectul se “prezintă”, se “re-prezintă”, apărând printr-un aspect al existenței sale ce face parte din aria de semnificații a persoanei. Din aceeași arie de semnificații fac parte, în conformitate cu tradiția Kant-Scheller, și sensul moral al comportamentului. Acesta este și el distorsionat la unele tulburări de personalitate. Dar comemorarea sa în prezent e destul de dificilă dată fiind relativa neclaritate a tradiționalei probleme a moralei în lumea contemporană.

Ideea de personalitate pe care Jaspers o avea în vedere se referea la globalitate, la identitatea cu sine realizată prin sinteza biografică a unor vieți, la complexificarea existenței personale prin depășirea unor situații limită și la creativitate. Într-un fel, aceste teme se păstrează. Tema identității cu sine prin parcursul biografic e comentată mai ales sub auspiciile sinelui automatic, narativ. Dar există și aspectul subiectiv al continuității diacrone autobiografice, pe care-l comentează mai mult cognitiști ce invocă memoria episodică și neo-fenomenologii hermeneuți. Și de asemenea, aspectul obiectiv, pe care-l are în vedere teoriile narative ale persoanei, în sensul școlilor lui McAdam, Hopkins, etc. Acestea se apropie mai mult de înțelesul pe care-l dă Jaspers persoanei, în care potențiala și reala autobiografie se întretaie cu potențiala și reala autobiografie comentată și/sau narată de alții.

*

*

*

Un aspect cheie al viziunii lui Jaspers asupra personalității a stârnit multiple comentarii și a rămas în suspensie. E vorba de concepția trăirilor limită. Acestea l-au interesat pe Jaspers atât ca psihopatolog cât și ca filosof existențialist. În

psihopatologie, tensiunea existențială excesivă a unei trăiri poate conduce la o “ruptură” în continuitatea existenței structurate a unei persoane, la o prăbușire într-o zonă deficitară printr-un “proces psihopatologic”. Acesta nu e doar un eveniment organic cerebral, un “proces cerebral”, ca în infecții, epilepsie sau demențe. El poate fi comparat cu procese antropologice pozitive, cum ar fi perioadele de creație, de conversiune spirituală – metanoia – sau de profunde metamorfoze prin care un subiect se maturizează sau își schimbă orientările doctrinare. În raport cu o “reacție” psihopatologică mai mult sau mai puțin comprehensivă, “procesul” vine din interior, dinspre aspirațiile afectiv valorice pe care subiectul le proiectează ca un ideal de atins, de obținut. Iar eșecul acestui proiect existențial, nerealizarea saltului pozitiv integrator al unei schimbări amplificate, conduce la o “cădere” la un minus antropologic ce se exprimă prin psihopatologie. Procesul psihopatologic, ca variantă în minus, în direcție eșecului și destructurării a angajării într-un proiect existențial ce ar fi putut conduce la o sinteză ce îmbogățește și determină cu sens personalitatea, nu poate fi redus la o fundamentare biologică. Dar el e diferit și de posibilele înțelegeri spirituale ale progresului și împliniri existențiale.

Jaspers nu s-a exprimat exact în termenii de mai sus. În plus, el avea în față doar dihotomia între condiționarea organic cerebrală și cea strict spirituală, necontaminată de materie. Ideile unui evoluționism în sens lărgit, care să includă și specificitatea psihologică a omului și istoricitatea cultural spirituală, asimilată de persoana umană.

Ideea “procesului psihopatologic” care destructurează personalitatea a fost asimilată de psihopatologia clinică și a rămas funcțional până în preajma neokraepelinismului pozitivist a DSM-III. Ultimul psihopatolog de seamă ce a pariat pe acest ideal a fost Ey. Fenomenologii au criticat tema procesului psihopatologic ca fiind prea vagă și netrimțând la limite și structuri identificabile. Egoul transcendental era conceput ca o limită în raport cu egoul empiric, ca un fel de “altă orbită” pe care ruptura psihopatologică poate conduce starea psihismului uman. Dar nici fenomenologii nu au conceput zone și structuri intermediare. Ei totuși au imaginat – începând cu Minkowski – o zonă psihologică “atmosferică”, ceea ce face trimitere intuitivă la ceea ce fizicienii din sec.XX au înțeles prin “câmp”. Aceste teme de meditație în psihopatologie ar merita poate să nu fie părăsită.

“Procesul psihopatologic” tradițional se referă la un proces care nu se împlinește ci se prăbușește până la nivelul unor structuri postante de rang inferior.

Această idee ar putea fi eventual menținută în perspectiva studierii unor module psihologice adaptative antropologice, ce fac parte din psihismul persoanei înțelese în sens larg – ca ancorată în universul social, practico-teoretic și istoric – și care sunt utilizate de sinele reflexiv al individului (toate dimensiunile acestuia) pentru adaptarea la circumstanțe, pentru propria structurare și împlinire, pentru creativitate de sine. Infrastructura acestui psihism este cea pe care psihopatologia clinică ne-o relevă. Este zona pe care “se cade” prin adversități de diverse origini – “processe psihopatologice”. Este mărturia, prin evidențierea minusului deficitar și desimplicat, despre dimensiunea psihismului uman, pe care psihopatologic, ca structură, o poate oferi.

Dincolo de tradițiile personaliste care au pus accent pe legătura cu Dumnezeu, pe etică, demnitate politico-juridică sau pe dimensionarea existențiale a omului, conceptul de persoană se articulează în prezent cu viziunea sociologică a școlii lui Pearson, care are în vedere funcționarea socială printr-o rețea de statute și roluri interconectate. Deficitul de funcționare în roluri sociale – “impairment” – e și în prezent avut în vedere de DSM-IV TR ca făcând parte din circumscrierea tulburării mentale. Rețeaua de statute și roluri sociale presupune funcționarea unor instituții, corelate practicilor umane fundamentale: educația, învățământul, munca, administrația, justiția, politica, armata, practicarea cultului ce vizează transcendența, etc. Familia și societatea civilă pot fi considerate și ele, până la un punct, instituții sociale (în continuitatea unei sugestii a lui Hegel). În această perspectivă apare o importantă corelație, semnificativă pentru problematica personalității, între universul practicilor instituționalizate ce funcționează ordonate de norme și valori și cel al cunoașterii teoretice, formulate în limbajul descriptiv și narativ. Cunoașterea teoretică este predată tinerilor în cadrul practicii instructive a învățământului și se dezvoltă prin cercetare, în cadrul unei practici științifice. Derularea cultului religios se bazează pe narațiuni mistice iar existența oricărei socio-culturi își cultivă o istorie narativă. Practica artistică realizează opere ce existența persoanelor ce există de fapt în mijlocul unei reprezentări teoretice a lumii pe care fiecare personalitate și-o însușește, în felul ei. Această „lume a treia” a lui Popper, constând din teorii științifice, istorii, narațiuni, povești, eroi de ficțiune, etc. face parte integrantă din realitatea umană și participă la dimensionarea personalității. Participând la diverse roluri sociale, persoana încorporează universul de norme, valori, cunoștințe, reprezentări și eroi ideali ai lumii culturale cu care există.

Dacă ne referim acum la individul uman din perspectiva persoanei, psihopatologia clinică are de comentat câteva aspecte specifice acestei incidențe.

Tulburarea de personalitate (TP) și delirul. Specificul psihopatologic al tulburării de personalitate constă în aceea că esențialul perturbării se desfășoară la nivelul relațiilor interpersonale, în cursul vieții de zi cu zi, în variate contexte ale practicilor – a exercitării rolurilor – și în mod rigid, timp îndelungat. Actuala abordare neokraepeliniană a TP face trimiteri la cadre nosologice ca schizofrenia, paranoidia, anxietatea socială sau tulburarea obsesiv-compulsivă (OC). Dar tipologia acestora poate fi interpretată și ca o disfuncție – deficitară dintr-un anumit punct de vedere – a unor funcții psihice adaptative biopsihoantropologice. Există un comentariu clasic privitor la bunele performanțe în supraviețuire și chiar multiplicare a psihopatului antisocial; iar TP histrionică, prin comportamentul său captativ erotic, ar duce la creșterea fertilității. Și despre TPOC se poate spune că derivă din funcția adaptativă a conștiințiozității performante, cea a TP paranoide din suspiciunea necesară unei adaptări, cea evitantă din precauția pentru un comportament social valoric ș.a.m.d. Aspectul deficitar se manifestă în rigiditatea comportamentală, în neintegrarea socială și, în cele din urmă, în eșuarea de ansamblu a proiectului de viață personal, în măsura în care TP nu e dublată de o reală creativitate.

În ceea ce privește delirul, în varianta sa monotematică și pură a persoanei, aceasta presupune centrarea existenței personale pe o tematică distorsionată și neadaptativă; dar, cu punct de plecare din teme ce derivă din poziționări atitudinale adaptative. Așa ar fi delirul hipocondriac, de invenție și descendență ilustră, dismorfofobic, relațional și chiar paranoiac. Doar abordând individul la dimensiunea persoanei poate fi comutată distorsiunea lumii interioare a delirantului ce se poziționează aberant față de alții, lume și sine.

Integrare și protezare socială. Tradițional bolnavul psihic a fost considerat un alienat mental. Prin specificul tulburării sale relaționare și comunicarea socială ajunge să fie deficitară, foarte exprimat în unele cazuri în simptomatologie. Atitudinea de rejecție și izolare în azile pe care a practicat-o civilizații Europei au accentuat situația și concepția alienării, mai ales că în mediul hipopstimulativ al spitalelor deficitul psihic se accentua iar cronicizarea era frecventă. Se adaugă stigma socială, fapt și în prezent actual.

În ultimele decenii, medicina în general și psihiatria în special au reabordat problema integrării sociale, atât la nivelul bolii cât și a defectului sau handicapului. OMS a elaborat pe lângă clasificarea bolilor și una a handicapului ce e conceptualizat pe mai mult nivele: - deteriorarea funcționării normale a unor organe; - deficiență în acțiuni și comportamente specific umane; - dificultățile sau

deteriorare integrării sociale. Pentru psihopatologie aceste aspecte vizează nivelul de persoană a individului, deoarece se are în vedere funcționarea în roluri sociale. În plus e acum deosebit de important rețeaua de suport social. Perspectiva practicilor instituționalizate în care persoana se integrează este deosebită de integrarea în familie, rețea de prieteni, zonă de locație, etc. În plus, practica medicală a dezvoltat instituțional o serie de servicii care să compenseze și să completeze deficitul de integrare a celor cu tulburări sau defecte psihice. În acest sens se desfășoară programele de reabilitare psihosocială și cele care contribuie la creșterea calității vieții. Un rol important pentru integrare îl au și programele antistigmă și sprijinul acordat de organizațiile nonguvernamentale de sprijin.

Existența individului uman la nivelul persoanei aduce în prim plan o serie de „probleme ale vieții” și comportamente marginale sociale, care nu pot fi calificate ca tulburări mentale în sens strict medical. Sau în tradiția riguroasă a psihopatologiei clinice, care se înrădăcinează în studierea cazurilor internate mult timp în spitale. Deschiderea în această direcție a fost făcută de la începutul constituirii psihiatriei ca știință, prin ideea reacțiilor comprehensibile ale lui Jaspers și printr-o bună parte din cazuistica abordată de psihanaliza lui Freud. Psihoterapiile de diverse orientări, bazându-se pe diverse doctrine și conceptualizări ale persoanelor umane a avut în vedere un larg domeniu al „nevrozelor”, reacțiilor, dezadaptărilor și crizelor psihologice. Și în prezent psihoterapiile abordează astfel de probleme cum ar fi de ex.: crizele maritale, disfuncții familiale în cazul prezenței în ele a unui caz etichetat cu tulburare mentală, inhibiții profesionale și de relaționare, crize de identitate și sens valoric, etc. Probleme se ridică atunci când o situație poate fi etichetată atât ca tulburare mentală în sens tradițional – și oficial – cât și ca problemă de viață. Multe tulburări depresive, anxioase, adictive, impulsive, obsesive etc. pot intra în această categorie. Uneori este dificil să se traseze o linie clară de demarcație. Problema unor diagnostice fals pozitive de tulburare mentală „oficială” – pe care a comentat-o mult Wakefield împotriva DSM III-IV -, are repercusiuni asupra cercetării, statisticii, investițiilor, programelor oficiale de sănătate mentală, învățământului, etc. La fel, problema devianței sociale, care vizează tot instanța de persoană a individului uman, pe bună dreptate se cere diferențiată de o clasificare „oficială” a tulburărilor mentale. Dar, practic vorbind, nu poate exista o soluție definitivă pentru această problemă. Motiv pentru care apare rezonabilă propunerea lui Bolton privitoare la „negocierea” diagnosticului între specialistul psihopatolog, pacient și diverse instanțe ale comunității. Totuși, probabil că o negociere nu ajunge în cazuri mai delicate sau problematice ci ar fi nevoie de o

argumentare, descrisă dezbaterii. Ceea ce se poate realiza menținând ideea de „caz redactat”, caz în raport cu care pot fi puse în joc argumentări și interpretări. Și, eventual, la nivelul unui „caz redactat” pot fi puse în joc alternative; sau, cum sugera Fulford, o privire „cu ambii ochi” care să lumineze atât argumentele faptice și doctrinare cât și cele valorice și normative.

Perspectiva persoanei e importantă pentru psihopatologia clinică și pentru că permite psihopedagogia, transformarea pacientului în co-terapeut și familiarizarea sa cu noul stil și drum de viață pe care experiența și existența bolii îl impune. Procesul a fost denumit „recovery”. Odată cu respectul datorat din principiu oricărui om, cel ce prezintă o tulburare mentală urmează să capete, de la cei știutori, cât mai multe cunoștințe despre ea și să se exerseze în a diferenția trăirile sale psihice normale și cele patologice. Prin psihopedagogie el va învăța să-și gestioneze tulburarea psihică la fel ca o boală somatică, consultând de câte ori e nevoie specialistul și solicitând sprijin instituțiilor competente. În plus, el va învăța și să circumscrie existența, cu limitări impuse de dar și cu o calitate adecvată a vieții. Și va continua să progreseze ca personalitate, să ducă o viață decentă și valorică în comunitatea sa umană.