

Este tulburarea de personalitate neschimbabilă în timp ? Aspecte conceptuale și metodologice

2007

Unul din aspectele esențiale în circumscrierea, definirea și înțelegerea tulburării de personalitate (TP) a fost considerată stabilitatea sa în timp, faptul că “tulburarea” este “anevolutivă prin sine” că un om odată identificat drept “personalitate psihopată” — sau ca având și fiind o TP — rămâne astfel toată viață, că nu putem să ne așteptăm de la el la altceva în viitor. Acest aspect este esențial în înțelegerea tradițională a psihopatiei, așa cum s-a decantat ea în psihopatologia clasică germană și în înțelegerea anethopatului și sociopatului din literatura anglo-saxonă (ce a condus la profilul circumscriș de CLECKLEY-HARE) și se regăsește și în criteriile din DSM-III-IV unde, totuși, se afirmă mai precaut, doar de un pattern durabil de experiență internă și de comportament care deviază de la expectanțele culturii individului, și e dezadaptativ... pattern care e stabil și de lungă durată... cu debut în adolescență sau la vârsta adultului tânăr”. În DSM nu se afirmă deci că TP durează chiar întreaga viață adultă și persistă la bătrânețe. Dar nu e precizat niciunde ce se înțelege prin sintagma “durabil”.

Dacă tradiția psihopatologică e interpretată într-o variantă “tare”, atunci psihopatia sau TP nu se poate schimba de-a lungul vieții. Dacă se dă “Slabă” acestui aspect, atunci ar exista unele șanse de metamorfoză în timp. Dar la ce se referă această o interpretare mai variație, oscilație, eventuală metamorfoză? Ce factori ar fi cei care eventual ar putea interveni pentru aceasta? Una din aserțiunile “tari” asupra psihopatului este aceea că nu învață din experiență, că nu e modificabil prin sancțiuni cu înțeles uman sau prin tratamente. Dar această aserțiune, la o cercetare mai atentă, nu are o suficientă acoperire cazuistică,

urmărită de-a lungul unui timp semnificativ, în comparație cu loturi martor. Pentru varianta “slabă» se are în vedere faptul că în circumscrierea sau selecția cazurilor se au în vedere variante cu gravități diferite, cel puțin până în momentul evaluării, unele fiind doar persoane cu accentuarea trăsăturilor de personalitate sau care au manifestat disfuncții doar în anumite arii ale comportamentului social.

În întreagă această dispută intervin însă ca perspectivă cu totul aparte și anume cea legată de întrebarea: se poate oare personalitatea normală modifica în timp? Și dacă da, în ce sens și între ce limite?

STABILITATE ȘI SCHIMBARE ÎN EVOLUȚIA TP

Stabilitate în timp a persoanei normale și patologice - aspecte generale

Caracteristica de persistență în timp a IP s-a făcut inițial prin raportare față de tulburările psihice episodice care, prin definiție, se remit, se cronicizează sau evoluează progredient. Dar referința este și față de persoanele ““normale” — fără TP — care, deși își păstrează identitatea cu sine, se modifică destul de mult de-a lungul cursului vieții. Ceea ce se consideră a fi destul de constant la orice om este în primul rând structura sa temperamental-caracterială ce are corespondent în stilul de manifestare a TP, pe baza căreia acestea sunt împărțite în categorii tipologice. Există însă și un plan general care definește și întreține TP și care se referă la atitudinile și conduitele distuncționale, maladaptative, rigide, în raport cu variate circumstanțe. O problemă pe care cercetările empirice urmează a le clarifica este dacă cei diagnosticați cu TP la o anumită vârstă își păstrează rigid, de-a lungul vieții, în aceeași măsură deficiența de raportare interpersonal-socială și stilul de manifestare al acestei deficiențe. Problema e destul de delicată pentru că se accentă severități graduale ale TP și posibilități de compensare ale acesteia.

Comentarea persistenței în timp a TP se cere deci raportată la stabilitatea în timp și identitatea cu sine — exterioară și interioară a persoanei normale.

Date fiind multiplele înțelesuri ale conceptului de persoană, problema constanței în timp, a continuității, identității transsituaționale, biografice a acesteia are multe aspecte. Din punct de vedere social, juridic și religios ea este relativ constantă. Totuși, numele poate fi schimbat la fel ca actele de identitate. Iar uneori o persoană poate decade din drepturile civile. Un credincios poate păcătui dar își poate răscumpăra păcatul.

Din perspectiva biologică problema e mai complexă. Azi se știe că fiecare persoană are o identitate de cod genetic, corpul viu are mărci de identitate pentru toată viața, fața și amprenta digitală fiind mărci de identificare. Corpul este însă evident marcat de creștere, maturizare, îmbătrânire, poate fi modificat de boli sau accidente. Mutilarea feței îngrășarea sau slăbirea exagerată, modificarea pilozității, operațiile estetice, lentilele de contact, toate pot modela aspectul corporalității. Experiențele adânci de viață modifică expresivitatea fiziognomiei. Vestimentația, frizura, podoabele pot contribui la schimbarea aspectului, la “mascarea” identității. Creierul e supus și el ciclurilor biologice, poate suferi leziuni care să afecteze memoria sau stilul comportamental. S-au imaginat și experimente mintale de tipul — *“cum ar fi o persoană în corpul căreia s-a transplatat creierul altei persoane, cu întreaga memorie a acesteia?”*

Psihismul individului uman se metamorfozează continuu în cursul personogenezei, în paralel cu constituirea, consolidarea și adâncirea identității cu sine. În continuitatea psihanalizei ERIKSON a propus o stadializare a dezvoltării psihice care include pubertatea, adolescența, perioada adultului tânăr și cea ulterioară. Echipa condusă de LEVINSON a studiat ciclurile vieții la vârsta adultă.

Se consideră că la vârsta adultului tânăr se ajunge la o configura le psihică ce rămâne relativ constantă de-a lungul vieții în perspectiva stilulu; caracterial, a operaționalității inteligenței și a capacității de înțelegere c stă la baza discernământului. Totuși, la întrebarea *“când este persoana definitiv constituită?”*

nu există un răspuns simplu, autorii oscilând între sfârșitul adolescenței și vârsta de 30 de ani (CASPI, 1999). Faptul depinde și de criteriile invocate, între controlul impulsurilor, manifestarea caracterială și consistența afirmării sociale. După adolescență, în perioada adultului tânăr, se manifestă dar și se îmbogățește fondul de cunoștințe privitoare la lume în general și la comportamentul uman în special. Crește fondul de abilități pragmatice, capacitatea de a rezolva probleme, de a face față stresorilor, eventual, de a se autoconduce. O importantă complexificare a personalității s-ar realiza prin asimilarea și practicarea rolurilor sociale, care la vârsta adultului tânăr sunt insuficient experimentate. Rolul marital, parental, de administrare a unei gospodării, rolurile profesionale și civice obligă la asimilarea de cunoștințe teoretice și practice, implică responsabilități, coordonarea în acțiune împreună cu alții, câștigarea unor experiențe și habitudini. Orarul și forma în care subiectul integrează rolurile sociale nu e prestabilit. Schimbările și evenimentele de viață importante, mai ales cele ce se impun indiferent de voință subiectului, pot modela persoana în toate perspectivele.

Se consideră că persoana învață din experiențele sale de viață importante. Ansamblul cunoștințelor dobândite de subiect se organizează după liniile de forță ale unor opinii, convingeri, credințe care deseori sunt influențate de afilierea sa la diverse microgrupuri. În raport cu diverse situații și persoane subiectul se poate manifesta variat dar se consideră că în mod normal, pe măsura maturizării, crește și consistența sinelui “nuclear”, care integrează multiplicitatea sine-urilor circumstanțiale. Teoria “individuației” a lui JUNG susține că la vârsta adultă subiectul poate progresa spre o adâncire a caracteristicilor sale proprii, a unicității sale, spre o crescută cunoaștere și conștiință de sine, spre câștigarea unui crescut echilibru interior. Tradițional se afirmă că la vârsta a treia omul câștigă în “înțelepciune” fapt ce ar compensa parțial deficiențele psihice care se instalează acum (STANDINGER, 1995).

Schița de mai sus a cursului vieții nu a luat în considerare trăsăturile tipologice caracteriale. În măsura în care se acceptă că personalitatea se schimbă la vârsta adultă rămâne întrebarea dacă e vorba de schimbarea întregii personalități (TICKLE, 2001) sau numai de unele aspecte ale sale? Și dacă da, care aspecte se schimbă mai repede și care mai încet?

În cazul TP caracteristica “rigidității” susține că metamorfozele diacrone menționate se realizează doar la un nivel minimal, cel puțin în unele aspecte.

Subiectul, are pe de o parte, o identitate cu sine insuficientă sau deformată la vârsta adultului tânăr. La formarea acesteia contribuie multipli factori din cursul personogenezei și în mod special mediul familial (MILLON, 2003). El interacționează de la început dificil cu alții și persistă în acest deficit, care se manifestă în toate planurile. Faptul l-ar priva de învățarea “vicariantă”, adică cea care derivă din exemplul altora, din perceperea reușitelor și eșecurilor, suferințelor și bucuriilor celorlalți. Sau, ar asimila exclusiv exemplele negative, cele care întrețin și exagerează felul lor distorsionat de a fi și a se comporta, devenind astfel tot mai rigid și inflexibil (CASPI, 1995; DISHION, 1995).

Cei cu TP ar asimila și practica cu dificultăți rolurile sociale fiind astfel frustrați de experiențele formative pe care acestea le induc, atât în ceea ce privește stilul comportamental cât și responsabilitățile. Sau, au preferință doar pentru acele roluri și statute care mențin și accentuează stilul lor excentric, deficitar și disfuncțional de a se manifesta. De asemenea, datorită rigidității lor comportamentale, “tranzacționează” mai dificil cu ambianța și își construiesc mai dificil, prin propriul efort, un mediu de viață echilibrat.

În plus, cei cu TP nu reușesc să învețe din experiențele de viață proprie datorită unei deficiențe primare de a trăi în profunzime semnificația evenimentelor.

Astfel, de-a lungul vieții nu s-ar petrece îmbogățirea în conținut a personalității, metamorfoza sa diferențiată “individuația”, “înțelepciunea”

Persistă în manieră rigidă un mod de a fi — de a resimți, acționa și reacționa — mai puțin diferențiat, distorsionat. Din acest punct de vedere rigiditatea TP ar consta în faptul de a nu se schimba suficient de mult de-a lungul vieții. Totuși rămâne problema dacă nu sunt aspecte ale personalității care se schimbă și la aceste persoane (STANDINGER, 1995). Se consideră că persoanele inteligente, chiar dacă prezintă TP ar putea cu timpul să se modeleze, să se controleze parțial. Și în plus, să-și creeze o personalitate secundă, relativ adaptată vieții sociale.

În perspectiva stilului caracterial pe care-l studiază psihologia trăsăturilor persoanei, există în prezent multe argumente privitoare la stabilitatea acestuia la persoanele normale, în întreaga perioadă a vârstei adulte, concomitent cu menținerea identității interioare cu sine. Cele mai solide argumente sunt din perspectiva doctrinei celor cinci mari factori (FFT) studiați cu NEO-PI-R. S-a ridicat și problema că mare parte din constanța stilului caracterial e corelată cu constanța ambianței, a nișei ecologice umane, care poate fi preselectată de subiect și autoîntreținută de el. Dar se consideră că persoana normală e flexibilă și în diverse circumstanțe — pe termen scurt, mediu și lung — își poate reorganiza stilul de manifestare, în raport cu situația, cerințele, statutul și rolul social. De exemplu o tânără cu trăsături introvertite poate deveni extrovertită la facultate, prin noi prieteni și departe de familie și din nou introvertită după căsătorie și nașterea copiilor, pentru ca, reluându-și din nou activitatea să devină din nou extrovertită. Diverse studii arată că în curs de 10 ani, la vârsta adultă, la femei crește încrederea în sine și competența iar la bărbați crește tendința la afiliere după ce are copii. Astfel de schimbări nu alterează identitatea psihică.

La cei cu TP unul din aspectele “rigidității” ar consta în menținerea aceluiași stil comportamental — care este și dezadaptativ — de-a lungul unor lungi perioade de timp, în principiu toată viața. Problema ambianței preselectate se ridică și în acest cazuri, ea fiind un factor de toiaș, uneori de compensare relativă.

Dependentul caută persoane și medii autoritare care îi mențin dependența, schizoidul — medii fără solicitări interpersonale, histrionicul — ambianțe care îl stimulează și îl ia în considerare. Dacă manifestările disfuncționale de TP se evidențiază în orice situație, predilecția pentru anumite situații sau medii sociale poate fi comentată mai ales ca o tendință spre compensare (DISHION, 1995). “Rigiditatea” s-ar manifesta prin faptul că nu se schimbă suficient în împrejurări noi, într-o nouă nișă ecologică ce pretinde noi statute și roluri sociale. Se mai ridică și problema dacă, de-a lungul timpului, în noi împrejurări, manifestările disfuncționale, dezadaptative sunt de același tip, dacă se menține aceeași categorie de TP.

Toate cele menționate mai sus sunt puncte de vedere ce pot fi considerate ipoteze de lucru. Într-un fel sunt aserțiuni normative privitor la cum se consieră a fi — ar trebui să fie — persoana normală și cea cu TP. E nevoie însă și de date care să verifice aceste ipoteze, fapt care ridică multiple probleme metodologice.

Existența unor fluctuații circumstanțiale în trăire și comportament nu anulează stabilitatea pentru o perioadă mai lungă de timp. Dar și dacă perioada de observație și evaluare se lungește prea mult, de exemplu 10 ani, șansa de a se constata schimbări crește. Contează și momentul în care se face prima evaluare. Înainte de 30 de ani personalitatea poate să nu fie încă stabilizată, atât în normalitate cât și la cei cu TP. Astfel că, dacă se ia ca punct de plecare de exemplu vârsta de 20, 25 ani, schimbările s-ar putea să fie destul de importante chiar în cazul TP. Metoda utilizată influențează și ea rezultatele. Chestionarele cu valori între 1-5 nu arată mari schimbări de-a lungul timpului pe când metodele bazate pe interviu și aspecte narrative indică mai multe schimbări în personalitate. E important și ce se urmărește identitatea subiectivă, trăsăturile tipologico-caracteriale, abilitățile în relaționarea socială, rezolvări de aabplune, autocontrol, concepție despre lume și sine. La TP ar fi de urmărit în primul rând trăsăturile

dezadaptative. Mai contează grupul investigat. Chiar dacă grupe consistente arată o stabilitate relativă suficientă, în cadrul lor unii indivizi; trăiesc și raportează modificări importante și au stabilitate redusă. Ideal ar fi ca un grup de TP să fie evaluat odată și reevaluat cu aceeași metodologie, de către aceiași cercetători, după un interval mai lung de ani ținându-se cont de evenimentele importante de viață, posibilele situații compensatorii, de efortul conștient de autocontrol și autoschimbare, de bolile psihice ce au avut loc în acest interval, de terapiile administrate, mai ales psihoterapii. Căci, nu este exclus ca tratamentele prelungite să poată produce ameliorări și la cei cu TP.

Stabilitatea în timp a TP — cercetări clasice

Acestea sunt prezentate în continuare după TYRER (2000), STONE (2001) și GRILO & McGLASEN (2004).

Cea mai lungă perioadă de observație de 30 ani este cea din studiul lui ROBINS privitor la copii cu tulburare de conduită pentru care s-a căutat ulterior dacă au dezvoltat o TP antisocială. Studiul a fost retrospectiv-prospectiv. S-au luat în considerare caracteristicile din dosarele unor copii avuți în evidența clinică de îndrumare a copiilor cu manifestări agresive și tulburări de conduită. 28%, dintre aceștia ajung cu TP sociopată în raport cu doar 4% dintr-un grup de referință. Totuși, cazuistica nu a fost urmărită după vârsta de 50 de ani, perioadă în care, după mulți cercetători, începe reducerea caracteristicilor specifice unor astfel de TP. În grupul lui ROBINS sunt și 70 de fete dintre care, după 30 de ani, 20 au dezvoltat o tulburare de personalitate de tip histrionic sau borderline. Criteriile de evaluare a TP nu au fost însă foarte precise și nu s-au folosit instrumente standardizate.

Din clusterul B, cel mai mult a fost studiată în perspectivă dezvoltarea TP borderline. POPE și colab. (1983) examinează rezultatul la 33 pacienți cu TP borderline la 4-7 ani după un contact inițial, avut în spital. Se utilizează ca

instrument DIB (GUNDERSON și colab., 1981). Din lot, 2 au murit prin suicid, iar din ceilalți 31, 27 au fost intervievați telefonic. 13 aveau la început o TP pură iar dintre aceștia la control 10 aveau o TP definită sau posibilă, de tip histrionic, narcisic sau antisocial. 14 aveau la început pe lângă TP borderline și episod depresiv. Dintre aceștia, 3 erau bine și fără diagnostic psihiatric, iar 8 aveau o TP definită sau posibilă; 6 au prezentat un alt tip de TP, cei mai mulți din categoria histrionică.

Un alt studiu important este Chestnut Lodge Follow-up Study, pe care îl realizează McGLASHAN (1984). E vorba de un spital în care se internau de obicei pacienți cu afecțiuni grave dar și cazuri cu TP borderline, schizotipală, etc. Pacienții au fost urmăriți între 4-20 ani după internarea în spital, majoritatea prin telefon. Deoarece cu ocazia interviurilor nu s-a pus în mod formal un diagnostic de TP, s-a folosit o tehnică standardizată retrospectivă pentru a evalua personalitatea în raport cu DSM-III. McGLASHAN găsește că cei cu TP borderline au din punct de vedere evolutiv un rezultat mai bun decât cei cu schizofrenie și tulburări afective. La 9 ani după internare se constată o anumită ameliorare a celor cu TP borderline dar nu importantă. La 19 ani ameliorarea e mai evidentă. Studiul a fost însă retrospectiv. McGLASHAN (1986) a studiat și evoluția a 119 cazuri diagnosticate retrospectiv cu TP schizotipală. Autorul găsește că 55% din cazuri dezvoltă ulterior schizofrenie.

STONE și colab. (1987) examinează evoluția TP borderline după o perioadă de 20 ani și găsește rezultate variate, de la persoane cu înalte poziții sociale până la altele ce s-au sinucis sau care continuă să aibă serioase probleme de comportament. În mod paradoxal, persoanele ce aveau și tulburări comorbide pe axa I au evoluat mai bine.

Un studiu sistematic a realizat TYRER prin Nottingham Study of Neurotic Disorder, cu PAS (TYRER, 2000). Au fost evaluați 198 pacienți cu tulburări

anxioase, atacuri de panică și distimie. La 75 de cazuri s-a identificat TP iar la 39 dificultăți de personalitate. După 12 ani acești pacienți au fost evaluați din nou cu același instrument de către același cercetător. Pacienții aveau vârsta medie 45 ani. S-au constatat unele modificări evolutive. Clusterul B caracterizat prin impulsivitate, agresivitate, iresponsabilitate, a indicat o semnificativă reducere a acestor manifestări dar labilitatea nu s-a schimbat. Multe din trăsăturile clusterului C (pesimism, neajutorare, hipocondrie, dependență) nu s-au schimbat, iar unele au apărut Chiar mai accentuate (anxietatea, vulnerabilitatea, conștiinciozitatea). În clusterul A o serie de aspecte s-au accentuat (suspiciozitate, introspecție, excentricitate). În ansamblu, anxietatea și obsesionalitatea par a nu se ameliora cu vârsta. Se mai avansează ideea că TP ar putea fi divizată într-un grup matur și altul imatur, ultimul ameliorându-se cu timpul.

Studiile clasice sunt grevate de o serie de probleme metodologice cărora, mai de mult, nu li se acorda o importanță la fel de mare ca în prezent. Pentru studierea dinamicii în timp e deosebit de importantă evaluarea inițială. La fel ca în cazul studiilor epidemiologice are importanță din ce mediu au fost selecționate cazurile, la ce vârstă, cu ce instrument au fost evaluate, ce criterii de diagnostic s-au avut în vedere, Selectarea cazurilor doar din mediul clinic, cu ocazia unor episoade psihopatologice, reprezintă o preselecție. La fel, dacă cazurile au fost selectate din mediul infracțional. La reevaluare contează intervalul de timp și de asemenea instrumentul și criteriile. Ar fi important de evidențiat nu doar trăsăturile de personalitate ci și realizările de viață, eșecurile, conflictele, adaptarea și dezadaptarea, mediul în care subiectul a evoluat, variate domenii de funcționare. Aceste aspecte care reflectă bilanțul evolutiv (outcome) sunt doar parțial reflectate chiar în instrumentele actuale de diagnostic. Multe cazuri nu pot fi reevaluate ne mai fiind de regăsit, fiind grav bolnave sau decedând. Se știe că rata sinuciderilor și a accidentelor grave e mai mare la cei cu TP la fel ca numărul evenimentelor de

viață. Numărul crescut de sinucideri s-ar putea datora și episoadelor afective intercurrente (TY RER, 2000). Apariția în intervalul dintre evaluări a unor episoade psihopatologice poate avea în principiu un efect negativ, prin sechelele pe care le lasă, dar și un efect pozitiv, prin faptul că persoana e cuprinsă în tratament, la fel cum, existența unei tulburări în perioada celor două evaluări, poate distorsiona imaginea personalității, și la fel prezența unei tulburări psihice în momentul reevaluării.

După 1980 s-au pus la punct o serie de instrumente standardizate de diagnostic a TP, și s-au înmulțit studiile, tot mai riguroase, privitor la stabilitatea în timp a TP, la eventuala schimbare sau rezistență la schimbare. O serie de observații au sugerat că modelul developmental al TP se poate susține în linii generale, chiar în cadrul unor interpretări psihanalitice (VAILLANT, 1987, DRAKE, 1988, CRAWFORD, 2001, ABRAHAM, 2001). Stilul de coping pare a influența evoluția TP (VALLROTH, 1995). De-a lungul unei perioade mai îndelungate de timp — cinci și mai mulți ani — stabilitatea tipului de tulburare se menține doar la aproximativ 50% din cazuri în perspectiva categorială; stabilitatea pare a fi ceva mai mare în perspectiva dimensională (McDAVID, 1996). De-a lungul timpului, mai ales după 50 de ani, TP antisocială dar mai ales cea borderline tinde să se amelioreze. Existența unei tulburări pe axa I care este tratată cu grijă poate ameliora și axa II.

O constatare generală a multor metanalize a fost, în jurul anului 2000, că TP sunt doar relativ stabile în timp putând fi influențate de mulți factori. S-a făcut observația ca nu e corect să se tragă concluzii doar pornind de la cazurile cele mai grave și rezistente la orice influențe, cum sunt unii psihopați maligni (STONE, 2001). În îngrijirea celor cu TP e important ca aceștia să fie sprijiniți nu doar să-și schimbe trăsăturile ci să le folosească adecvat, uneori pentru a-și selecta o ambianță favorabilă (PARIS, 2003).

Studii recente

Acestea țin cont și de faptul că, se consideră a fi mai semnificative evaluări repetate făcute la intervale variate de timp, desigur, de aceeași echipă și cu aceeași metodologie. O singură a doua evaluare poate fi ne semnificativă căci poate surprinde subiectul într-o situație sau perioadă de viață deosebită.

- The Longitudinal Study of Personality Disorders (LENZEWEGER, 1997, 1999) a inclus 250 participanți de la Cornell University, pe o perioadă de 4 ani. A utilizat instrumentul lui LORANGER și cel de auto-evaluare a lui MILLON (MCMIII). 129 de subiecți au îndeplinit criteriile pentru cel puțin o categorie de TP, iar 121 nu. Coeficientul de stabilitate a tuturor cazurilor de TP a fost între 0,61 și 0.70. Clusterul B a avut cea mai mare stabilitate și Clusterul C cea mai mică.
- The McLeary Study of Adult Development (ZANARINI și colab., 2003) studiază evolutiv persoane care au fost internate. Sunt luați în studiu 362 pacienți din care 290 cu TP borderline. Reevaluările au avut loc la 2 ani. Se evaluează și eventualele tulburări psihice pe axa I, precum funcționarea psihosocială. Primele evaluări raportează ameliorări în cazul BPD.
- The Colaborative Longitudinal Personality Disorders Study CLPS, GUNDERSON și colab., 2000; McGLASHAN și colab., 2000). E un studiu prospectiv longitudinal, ce evaluează 4 TP, diagnosticate după DSM-IV (1994): TP schizotipală, borderline, evitantă și obsesiv-compulsivă. Ca și grup de comparare s-au luat pacienți cu tulburare depresivă monopolară recurentă (MPD). TP sunt studiate și categorial și dimensional, cu evaluări la 12 și 24 luni. Deși se constată (2004) că TP sunt mai stabile decât MPD, un număr important dintre acestea apar ca având o „remisiune” după 24 luni. Ipoteza e că TP constă dintr-o

combinație hibridă de trăsături și comportamente iar interacțiunea dintre aceasta ar sta la baza variației temporale. Se apreciază că dacă TP sunt considerate dimensional, gradul de stabilitate e substanțial.

În sfârșit, în ceea ce privește stabilitatea în timp a TP, mai trebuie ținut seama de faptul că, până nu de mult, tratamentul acestora era rar și fără multe mijloace (TYRER, 2000, PARIS, 2003). Amplificarea preocupărilor pentru tratamentul medicamentos și mai ales psihoterapeutic care se constată în ultimii ani ar putea aduce importante schimbări în ceea ce privește înțelegerea constanței acestora în timp, a rezistenței TP la schimbare. Faptul că în prezent se aplică multe tehnici de terapie și îngrijire pe termen lung, că există și cadre instituționale ce se ocupă special de tratamentul prelungit al TP, ar putea modifica în mare măsură „definiția” actuală a TP ca fiind de durată („enduring”) și nemodificabile în timp. Bilanțul se va putea face doar în viitor.

Problema metamorfozei în timp a TP este una exemplară pentru dificultățile metodologice care apar în studierea omului atunci când se încearcă a se aplica aceleași standarde de științificitate ca în situațiile fizico-biologice. Evaluarea schimbării unei persoane umane cere timp, timp considerabil, pentru a avea o semnificație solidă. În acest interval de timp se schimbă și sistemul ce observă și interpretează. În 10-20 ani se schimbă cercetătorii dar și criteriile și instrumentele de diagnostic. De asemenea, în acest interval pot apare evenimente benefice sau malefice, dependente sau independente de subiectul în cauză. Mai nou, se ridică și problema eventualei terapii care, se știe, în schizofrenie a schimbat foarte mult tabloul clinic. De asemenea se schimbă obiceiurile și modul acceptat de manifestare în grupurile umane, legislația, toleranța, interesul pentru problemă și însăși concepția despre om, despre persoana umană. De aceea, rigorile științei ce vrea un control monotetic asupra cazuisticii se cer articulate cu tradiția ideografică

a analizelor de cazuri exemplare, și poate, cu noi perspective metodologice pe care reflexia critică asupra fundamentelor le va scoate la iveală.

BIBLIOGRAFIE

1. ABRAHAM R.E., VAN G.L. et al (2001) —The developmental profile.
Journal of
Personality Disorders, 15(5), 457-473
2. ABRAMS R.C., HAROWITZ S.V. (1996) —Personality disorders after
age 50: a
meta-analysis. Journal of Personality Disorders, 10(3), 271-281
3. CASPI A., ROBERTS B.W. (1999) —Personality continuity and change
across
the life course. in PERVIN JOHN (Ed), “Handbook of Personality”, Ed.
Guilford
Press, pp. 300-326
4. CRAWFORD Th.H., COHEN P., BROOKE J.S. (2001) — Dramatic-
errotic
personality disorder symptoms: continuity from early adolescence into adult
hood.
Journal of Personality Disorders, 15(4), 319-335
5. DISHION, TH., FRENCH, D.C., PATTERSON, G.R. (1995) —The
development
and ecology of antisocial behaviour. pp. 424-471
6. DRAKE R-E., VAILLANT G.E. (1988) — Longitudinal views of
personality
disorder. Journal of Personality Disorders, 2(1), 44-48
7. GRILO M.C., McGLASHAN Th. H. (2005) —Course and outcome of
personality

- disorders. in OLDHAM J.M., SKODAL A.E., BENDER D.S. (eds.)
 “Handbook
 of Personality Disorders”, Ed. American Psychiatric Publishing, Washington
 8 GUNDERSON J.G., SHEA M.T. et al (2000) —The collaborative
 longitudinal
 personality disorders study: development, aims, design and sample
 characteristics. Journal of Personality Disorders, 14(4), 300-315
9. McDAVID J.D., PILKONIS P.A. (1996) —The stability of personality
 disorder
 diagnosis. Journal of Personality Disorders, 10(1), 1-15
10. MILLON T. (1990) —Toward a new personology. Wiley, New York
11. MILLON T., DAVIS R.D. (1995) —The development of personality
 disorders.
12. PARIS J. (2003) — Personality disorders overtime: precursors, course
 and
 outcome. Journal of Personality Disorders, 17(6), 479-488
13. SHEA M.T., YEN S. (2003) —Stability as a distinction between axis I
 and axis II
 disorder. Journal of Personality Disorders, 17(5), 373-386
14. STANDINGER U.M., MARSISKE M., BALTES P.B. (1995) —
 Resilience and
 reserve capacity in later adult hood: potentials and limits of development
 across
 life span. in CICCHETTI, D., COHEN, DJ. (Eds), “Developmental
 psychopathology”, Ed. John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 753-800
15. STONE M.H. (2001) —Natural history and long term outcome. in
 LIVESLEY

W.J. (ed.) "Handbook of Personality", Ed. Guilford Press, pp. 259-276

16. TICKLE T., HEATHERSTONE T.F., WITTEMBERG L.G. (2001) —

Can

personality change?, in LIVESLEY W.J. (ed.) "Handbook of Personality",

Ed.

Guilford Press, New York, pp. 242-259

17. TYRER P., SEIVRIGHT H. (2000) —Outcome of personality disorder. in

TYRER P. (ed.), "Personality Disorders", Ed. Butterworth Heineman, Oxford

18. VAILLANT G.E. (1987) —Developmental view of old and new perspectives of

personality disorders. Journal of Personality Disorders, 1(2), 146-156

19. VOLLRATH M., ALNAIES R. et al (1995) —Coping styles predict change in

personality disorders. Journal of Personality Disorders, 9(4), 371-385