

1. Introducere
2. Caracterizarea generală a tulburării de personalitate
3. Descrierea tipologică a tulburărilor de personalitate
4. Critica viziunii neokraepeliene
5. Alternativa dimensională față de sistemul categorial
6. Clusterul psihopatiei
7. Tulburările de personalitate în perspectiva distorsiunii unor funcții adaptative ale caracterului persoanei.

1.Introducere

Terenul personalistic, în calitate de fundal pentru episodul psihopatologic constă, așa cum s-a menționat, dintr-un ansamblu de elemente. Și anume:

- Genetică
- Sex și vârstă
- Corporalitate, incluzând și funcționalitatea creierului, în sens normal și disfuncțional patologic
- Inteligență nativă și modelată de educație
- Fond de cunoștințe practic și teoretic, dobândit prin experiență și instrucție care este structurat după liniile de forță ale unor opinii, credințe, configurând o concepție despre sine și lume
- Competențe asimilate, statut și rol profesional, familial, social în genere
- Biografie memorabilă ce stă la baza identității de sine a sinelui conștient
- Structura temperamentală caracterială centrată de sinele reflexiv. Aceasta se manifestă prin stilul, modul de relaționare cu alții și cu sine și de

reactivitate sau manifestare activă în raport cu situațiile vieții, mai ales în plan social

- Conștiința morală a persoanei.

Majoritatea acestor aspecte se modifică lent în cursul vieții, după atingerea maturității, contrastând cu evenimentele circumstanțiale sau de durată medie. Din ansamblul aspectelor ce caracterizează terenul personalistic, psihopatologia clinică e interesată în primul rând de ceea ce se numește în prezent „tulburarea de personalitate”. Aceasta se pretează la un diagnostic clinic, la fel ca episodul psihopatologic cu care se corelează și se interrelaționează în diverse modalități, T.p., împreună cu alte aspecte ale terenului, participă substanțial la caracterizarea de ansamblu a unei tulburări psihice, ce poate fi prezentă la o persoană. T.p. este în raport cu episodul psihopatologic la fel cum e în normalitate ansamblul funcționalului personalistic în raport cu trăirile mai mult sau mai puțin actuale, circumstanțiale.

Din ansamblul menționat mai sus al problematicii terenului personalistic, structura caracterială este aspectul care, prin disontogeneza sa defectivă și dizarmonică susține manifestările specifice t.p. Ea poate coexista cu o bună inteligență și cu asimilarea unui bogat fond de cunoștințe generale. Dar datorită distorsiunii relațiilor interpersonale, performanța în rolurile sociale e deficitară sau problematică, particulară. Structura morală e și ea mai mult sau mai puțin anormală.

Tulburarea de personalitate este abordată în ultimele decenii din perspectiva nosologiei psihiatrice beneficiind de un diagnostic standardizat și de proiecte terapeutice. Spre deosebire de ep.ps. ce se bazează pe sindroame, t.p. se consideră că se bazează pe „trăsături de personalitate” disfuncționale. Deși primele comentarii asupra t.p. au fost făcute în mediul clinicii psihiatrice de către însași părintele nosologiei, Kraepelin, au existat de-a lungul timpului și opinii diferite. Schneider, care a scris prima monografie

despre „personalitățile psihopate” descriind magistral și 10 variante ca și în prezent sunt baza tipologiei în acest domeniu, opinia că acestea nu trebuie considerate în sens strict ca boli psihice, neavând în etiopatogenie o disfuncție organic cerebrală. Ci, ele se cer înțelese ca variante caracteriologice antropologice. Această atitudine s-a reflectat în denumirile nemedicale pe care le-a dat tipurilor. O altă orientare din sec. XX a pus accentul pe disfuncția socială a t.p, considerându-le ca „sociopatii”. Această orientare a condus la circumscrierea „clusterului” psihopatiei, concepție funcțională și în prezent. Concepția neokraepeliniană introdusă de DSM-III a readus în plan denumiri ale tipurilor de sorginte medico-psihiatrică, ca t.p paranoidă, schizoidă, obsesiv-compulsivă. De asemenea a fost stimulată cercetarea corelațiilor dintre tulburarea episodică, diagnosticată în DSM-III-IV pe axa I și t.p diagnosticat pe axa II.

În DSM-IV diagnosticul de t.p beneficiază atât de o caracterizare generală cât și de o circumscriere a tipurilor.

2.Caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate

În manualul DSM-IV, t.p, privită din perspectiva unui posibil diagnostic clinic, e caracterizată prin următoarele criterii:

A. O organizare (un "pattern") durabilă de comportamente și trăiri (ale personalității) care deviază considerabil de la standardele socio-culturale ce caracterizează comportamentul persoanelor într-o comunitate dată și se caracterizează prin două sau mai multe din următoarele:

1. Deviații notabile în ceea ce privește perceperea și interpretarea sinelui, a altor persoane și a evenimentelor (aspect cognitiv)
2. Deviații notabile în ceea ce privește gama, intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsurilor emoționale (aspect afectiv);
3. Deviații (insuficiențe) în ceea ce privește controlul impulsurilor,

B. Respectiva organizare este durabilă, rigidă, inflexibilă în raport cu o gamă largă de situații personale și sociale.

C. Comportamentul și trăirile stau la baza unei perturbări semnificative (clinic) în domeniul social, profesional sau alte domenii importante de functionare.

D. Organizarea psihică respectivă a persoanei este stabilă și de lungă durată, iar debutul se află în adolescență sau la începutul perioadei adulte.

E. El nu e explicabil ca o consecință a unei tulburări mintale definite (a unei boli diagnosticabile).

F. El nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unor substanțe ingerate sau a unei tulburări medicale generale

Se descriu în continuare mai multe tipuri, grupate în 3 clustere:

Clusterul A cuprinde t.p paranoidă, schizoidă și schizotipală.

Clusterul B cuprinde t.p antisocială, histrionică, borderline și narcisică

Clusterul C cuprinde t.p evitantă, dependentă și obsesiv-compulsivă

Mai este propusă t.p depresivă ce ar fi încadrabilă în clusterul C. Tipurile de t.p sunt concepute categorial, deci ca având profile diferite unul de altul.

În ICD-10 caracterizarea generală a t.p nu e așa de detaliată ca în DSM-IV-TR. Numărul tipurilor e mai redus; nu e menționată t.p narcisistă și t.p schizotipală care acum e comentată ca o tulburare separată, alături de schizofrenie. Unele caracterizări și denumiri sunt mai mult sau mai puțin diferite. Astfel t.p borderline apare în ICD 10 subdivizată într-o formă în care predomină instabilitatea și agresivitatea impulsivă necontrolată și o formă dominată de deficiență identității cu sine. T.p obsesiv-compulsivă e denumită anankastă iar în caracterizarea ei sunt unele diferențe față de DSM-IV-TR: nu e menționată caracteristica de a reține excesiv lucrurile uzate și zgârcenia, fiind în schimb indicate: pedanteria excesivă, aderența la convențiile sociale, sentimente de îndoială și prudență excesivă, intruziunea unor gânduri sau impulsuri insistente și supărătoare, etc. Dar principala diferență este că în ICD-10

tulburarea personalității este enumerată printre celelalte „tulburări psihice și comportamentale” pe când în DSM-IV ea este plasată pe o axă separată de toate tulburările ce se manifestă episodic.

*

*

*

Privitor la caracterizarea generală a t.p comentariile autorilor fac următoarele observații. Aspectul esențial e considerat a fi disfuncția dăunătoare a sinelui în interrelația sa cu ceilalți oameni, în relațiile interpersonale, cu grupul și cu instituțiile sociale, în cadrul vieții de zi cu zi. „Semiologia” t.p se configurează aproape în exclusivitate din acest domeniu. Se întâlnește o inconsistență a sinelui, limite difuze, lipsă de claritate și certitudine a sinelui, autonomie insuficientă, sau dimpotrivă distorsionată, crispată. Aceste trăsături sunt clar evidențiabile la t.p borderline, dependentă, evitantă, obsesiv-compulsivă, histrionică, narcisică. Cei care prezintă t.p nu reușesc, este o bună autodirecționare (Cloninger) pe termen mediu și lung, o dificultate de a învăța din experiență. Comportamentul interpersonal este maladaptativ, observabil de către cei apropiați, cunoscuți și chiar străini. E deficientă capacitatea de intimitate, prietenie, dragoste, generozitate, faptul de a funcționa ca o figură de atașament pentru alții. Se întâlnesc exagerate atitudini de dominanță și supunere, agresivitate, impulsivitate, suspiciune, conflictualitate, manipulare, indiferență. E redusă capacitatea de afiliere (evidențiabilă prin circumplexul interpersonal), cooperativitatea (Cloninger), agreabilitatea (evidențiabilă prin FFM). Sunt deficitare relațiile interpersonale etice, ca responsabilitatea, grija, compasiunea, mila, ajutorarea altuia. Funcționarea socială în roluri nu este nici ea stabilă și eficientă. Se întâlnește frecvent încălcarea normelor, legilor, acte delictuale, infracțiuni, conflicte cu autoritățile, perturbarea liniștii și ordinii în comunitate, comportament anomic, criminalitate. Sau, situația ca partenerul să nu se poată baza pe persoana respectivă în derularea evenimentelor vieții. Desigur, nu toate

tipurile de t.p prezintă aceleași modalități de disfuncție interpersonală și aceleași probleme sociale. Perturbarea gravă a dimensiunii morale și comportamentul criminal caracterizează predominant clusterul psihopatiei.

Pe lângă tulburarea delimitării sinelui și a relaționării interpersonal sociale în cazul t.p se întâlnesc și importante perturbări a funcțiilor executive. Astfel, abulicul nu se poate hotărî singur, anankastul problematizează continuu decizia și desfășurarea acțiunii, depresivul e și el atașat de acțiune, de muncă, personalitatea borderline se caracterizează prin decizii pripite iar cea antisocială prin acțiuni controlate și eficiente întru împlinirea scopurilor egoist hedonice.

O altă caracteristică definitorie a tulburărilor de personalitate este aceea că ele se manifestă în cadrul vieții de zi cu zi, prin relații interpersonal sociale disfuncționale, care persistă (Widigger 2003). Nu e vorba de o tulburare care să izoleze persoana de comunitate pentru un timp delimitat ca depresia sau deliriumul. În manualul său de evaluare a tulburărilor de personalitate, Tyrer insistă să se urmărească desfășurarea vieții curente a acestora, incluzând perioadele de relaxare, odihnă, vacanță, hobby-uri, viața familială și alături de vecini, cunoștințe, prieteni, precum și în cadrul programelor oficiale de muncă și afirmare socială. Pot fi semnificative modalitățile în care individul se relaționează cu alte persoane în intimitate, modul în care decurge căsnicia, felul în care își îngrijește copii, stabilitatea domiciliului și a muncii, relațiile cu cei cunoscuți, varietatea și profunzimea relațiilor afective.

Trăirile subiective, deși nu sunt definitorii pentru t.p pot fi semnificative. Conform definiției clasice a lui Schneider e vorba de persoane care, din cauza caracterului lor disarmonic, fac pe alții să sufere dar suferă și ei.

Particularitățile caracteriale tipologice ale tulburării personalității se cer raportate constant la perturbarea generală menționată mai sus, diagnosticul fiind un demers dificil care trebuie să evalueze întreg cursul biografic, în situații cât mai variate și din perspectiva multor persoane, foarte importantă fiind și autoevaluarea. Se pot distinge forme ușoare, medii și grave. Cele grave sunt

considerate acelea care sunt constant perturbatoare sau problematice pentru cei din jur, pentru societate; persoane care pot funcționa doar în condiții speciale de supraveghere (detenție, spitale speciale) sau într-un mediu și în situații neobișnuite. Formele ușoare ar fi acelea care, pe lângă trăsături de personalitate accentuate, prezintă probleme interpersonal-sociale doar în diverse momente și contexte; de exemplu în familie. Suferința subiectivă singură, dacă nu se manifestă disfuncțional, nu e luată de obicei în considerare. Trebuie menționat că în mod repetat s-au avut în vedere astfel de cazuri marginale sau ușoare a tulburării personalității. Ele au fost comentate în psihopatologia clinică germană de către Schneider, Petrilowitsch și Leonhard – care a publicat o carte privitoare la „personalități accentuate” - sunt menționate în DSM-IV și au fost luate în considerare de către autorii ICD-10 în proiectul intermediar al sistemului ce a fost elaborat în 1987.

*

*

*

Tulburarea de personalitate poate fi mai mult sau mai puțin compensată prin unele roluri sociale, situații relaționale, fenomene transculturale. Tendințele histrionice pot fi compensate de rolurile ce pretind hiperexpresivitate și fac teatrul, cele anankaste prin roluri ce pretind organizare și muncă, cele antisociale prin roluri în servicii speciale ale armatei. O persoană cu trăsături dependente importante poate fi compensată cât timp trăiește lângă o persoană dominatoare și se decompensează când aceasta dispare. Unele tendințe schizoide și schizotipale pot fi compensate în medii monahale. Populația penitenciarelor reunește și ea multe persoane cu t.p. Cei ce se angajează în sporturi extreme își pot compensa astfel multe tendințe excentrice ale personalității. Războiul, revoluțiile, bandele de infractori, etc pot compensa sau masca t.p cu caracteristici psihopate. În măsura în care acestea sunt accentuate, compensările respective sunt și ele parțiale în sensul că, chiar în grupurile și situațiile respective, persoana apare ca

excentrică, ridicând probleme sociale. În sfârșit populația ce ajunge în contact cu serviciile medicale de diverse specialități se pare că reunește și ea mai multe persoane cu tulburări de personalitate decât populația generală.

Observațiile de mai sus readuc în discuție faptul, remarcat în mod conștient, că ceea ce psihopatologia clinică decupează și definește ca t.p. corelând-o cu anumite episoade și tulburări psihice, este o realitate antropologică mai largă. Tradițional de această zonă s-a preocupat și caracterologia și studiul manifestărilor sociale. Și în prezent ramura psihologiei care se ocupă de caracterologie are un câmp larg de colaborare cu cei ce studiază t.p. din perspectivă medico-psihiatrică. Și de asemenea sociologii care se ocupă de grupurile anomice sau de subgrupe populaționale speciale, care își au locul în structura socială. Exploratorii temerari, colecționarii împătimiți, monahii singuratici, actorii ce întrețin spectacolele, toți muncitorii hipercuminiți și hipersupuși din diverse sectoare nu au de ce să intre automat sub eticheta de t.p. Și la fel nici toți infractorii, homeleșii, toxicomanii sau oamenii penitenciarelor. Orice știință citește realitatea prin filtrul unui limbaj conceptual, cu ochelarii definițiilor pe care le dau unor zone de realitate obiectivă. Bolile medicinei și tulburările psihice și mentale ale psihopatologiei clinice, în calitatea lor de părți ale științei medicale și psihopatologice, sunt parțial un construct teoretic al științelor respective, care se bazează desigur pe datele lecturate din realitate și care, ulterior, constituie un instrument de lectură a acesteia. Dacă se folosesc diverse criterii de diagnostic și diverse interviuri structurate, diverși cercetători vor identifica în aceeași populație un număr divers de persoane cu t.p. de diverse tipuri. Ceea ce nu înseamnă că t.p. nu este o realitate și că nu avem o cunoaștere adecvată a acestei realități. Dar, nici că trebuie să ignorăm instrumentalitatea teoretică prin care ne raportăm la această realitate umană.

3. Descrierea tipologică a t.p

Comentarea t.p prin tipuri categoriale, DSM-III-IV și ICD-10 urmează o importantă tradiție a psihopatologiei care s-a impus prin lucrarea princeps a lui Schneider. Ea are în spate milenara caracterizare a oamenilor prin tipuri temperamental caracteriale. În acest sens a procedat astrologia, tipologia virtuților, caracterologiile cu diverse fundări teoretice, inclusiv cele susținute de psihologia „științifică” a persoanei din sec. XX. La începutul sec. XX când s-a impus lucrarea lui Schneider era agreată ideea tipurilor ideale, aduse în discuție de Jaspers și Weber. Tipuri care, în calitate de „cazuri tipice exemplare” erau prezentate cu intenția de a impune intuitiv o configurație de trăsături reunite în jurul unei scheme esențiale, a unei tulburări bazale. Cazurile ideale sau exemplare aveau rolul să „lumineze” o cazuistică sau o problematică prin pregnanța și exemplul lor. În varianta prototipică actuală s-a renunțat la această „intuiție a esenței” unui tip, în favoarea unui ansamblu de caracteristici care, deși nu sunt reduse la o schemă unică și rigidă, au între ele un „aer de familie”. Așa s-a ajuns la actualele variante de categorii tipologice ale t.p, caracterizate politetic printr-un număr de trăsături dintre care e necesar ca un minim să fie prezente.

În continuare se vor trece în revistă descriptiv principale tipuri de t.p prezentate în DSM-IV și ICD-10, ținându-se cont și de tradiția ce le-a constituit și făcându-se unele comentarii.

T.p paranoidă se caracterizează prin: - neîncredere și suspiciozitate continuă față de alții, astfel încât intențiile acestora sunt constant interpretate ca răuvoitoare, fără o bază obiectivă; individul are impresia că: alții îl exploatează, îl prejudiciază, îl înșală; - nu îi sunt loiali și nu sunt corecți în raport cu sine; - tind să utilizeze informațiile, ce li se oferă, într-un sens neadecvat, ca fiind îndreptate împotriva sa; - interpretează evenimentele neutre, sau chiar benigne, ca fiind încărcate de intenții amenințătoare sau degradante la adresa sa; - este foarte sensibil la insulte, ofense, injurii; - interpretează, fără o bază justificatoare, că

alții atentează la reputația sa și că îl atacă; - are suspiciuni nejustificate privitoare la fidelitatea soției (soțului) sau partenerului de viață.

Caracteristica de bază a acestui tip este deci suspiciunea. Aceasta este o trăire normală și adaptativă atâta vreme cât e și comprehensibilă. În direcția sd. ps. ea conduce la delir paranoid iar marginal acestuia la simptome senzitiv-relaționale și de supraveghere. Personalitatea paranoidă e predispusă să prezinte reactiv dezvoltări prevalențiale centrate de o idee supraevaluată de persecuție. Clasic (Kretschmer) s-au descris două variante: una „astenică” ce dezvoltă predominant simptome senzitiv-relaționale; ea s-ar corela parțial și cu t.p evitantă; și una „stenică”, predispusă spre lupta sistematică, expansivă împotriva persecutorilor (kampfparanoia); aceasta are unele trăsături dominant agresive, la fel ca t.p antisocială. Acestea se cer diferențiate, pe cât posibil, de delirul monotematic paranoiac.

T.p schizoidă se caracterizează prin: - detașare în relațiile sociale și o gamă restrânsă de exprimare a emoțiilor în relații interpersonale prezente în variate contexte; nici nu dorește, nici nu se bucură de relații strânse, inclusiv de faptul de a fi membru al unei familii; _ alege preponderent activități solitare, - are un interes redus pentru experiențe sexuale cu o altă persoană; - preferă solitudinea în sensul că nu cultivă prietenia, amicitia, relațiile de încredere (în afara rudelor de gradul 1); _ este indiferent atât față de criticile, cât și față de laudele altora; - prezintă răceală emoțională, detașare sau afectivitate plată (rece, tocită).

T.p schizotipală. Acest tip a fost elaborat și susținut de psihiatria americană, fiind prezentat în DSM-IV. El circumscrie cazuri ce au unele trăsături ale tipului paranoid și schizoid (- suspiciozitate; - lipsa de amici sau încredinți apropiați; - anxietate socială excesivă); la aceasta se adaugă trăsături care se articulează cu unele simptome prezente în sdr. dezorganizat și anume: - comportament sau aspect bizar, excentric, particular; - afect inadecvat; - gândire și limbaj ciudat (vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat, stereotip);

persoanele cu t.p schizotipală ar mai prezenta: - experiențe perceptive insolite, incluzând iluzii corporale; - gândire magică, credințe stranie (credința în clarviziune, telepatie, al „șaselea simț” etc.). În mod evident, caracteristicile stipulate pentru această categorie în DSM-IV trimit spre schizofrenie. Deși experiențele paranormale, fenomene de tip „pick” se întâlnesc la un procent important al populației normale. Dar se precizează că nu e vorba de episoade psihopatologice ce apar la un moment dat, având o anumită durată sau de o succesiune de e.ps., așa cum se petrece în cazul bolii schizofrene. Ar fi vorba de o zonă intermediară între t.p și boala schizofrenă.

T.p obsesiv-compulsivă (anankastă) se caracterizează printr-o preocupare excesivă pentru ordine, perfecționism și hipercontrol mintal și interpersonal, în detrimentul spontaneității și flexibilității. Subiectul este, în mod constant, preocupat de: - ordine, organizare, proiecte, planuri, de obicei pierzându-se în detalii, astfel încât obiectivul major al activității se diluează; este perfecționist, fapt ce-l împiedică deseori să finalizeze proiectele, procedând la repetate verificări în final; - de asemenea, este devotat excesiv muncii și productivității, mergând până la excluderea activităților recreative și a satisfacțiilor pe care le produce cultivarea amicitiei, a conviețuirii interpersonale calme și calde afectiv; - este hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în programul de acțiune; nu poate să se debaraseze de obiectele uzate sau inutile pe care le păstrează, "pentru orice eventualitate"; - este incapabil să delege sarcini sau să lucreze cu alții, în afară de cazul când stilul de comportament al acestora se suprapune exact modului său ritualic de a face lucrurile; este avar, adunând bani pentru eventuale catastrofe; deseori este fascinat de colecționarism; - manifestă rigiditate și obstinație, nefiind deschis dialogului; păstrează în permanență o "distanță interpersonală" importantă față de alții, prin politețe și identificarea cu rolurile sociale, neacceptând ca altul să se apropie sufletește de el (prezintă o constantă răceală și indiferență afectivă); - deseori, obligă pe cei din jur să se conformeze ritualurilor sale existențiale.

Tipul caracterizat mai sus se suprapune în cea mai mare măsură „anankastului”, descris în psihopatologia clasică germană. Acesta s-ar caracteriza, în plus (după Petrilowitsch), prin formalism, politețe excesivă, răceală și distanță afectiv-interpersonală, lipsă de umor și imaginație. În literatura psihopatologică franceză a fost comentată problema psihopatologică a „psihasteniei”, decantându-se progresiv și o tipologie caracterială specifică care - la fel ca cea a anankastului german - poate sta în spatele episoadelor și a bolii obsesiv-compulsive (psihopatologul german Petrilowitsch a asimilat acest tip ca o variantă corelată anankastului, opusă la extreme, dar cu situații în care coexistă elemente din ambele sau, în care o variantă exprimă supracompensarea sau decompensarea celeilalte). Persoana psihastenă se caracterizează prin: - nesiguranță interioară, dificultăți în decizie, ambivalență, ambitendență; - tendință la dezordine, cu un continuu efort spre ordine, aceasta fiind atinsă doar circumstanțial, astfel încât strădania sisifică spre ordonare devine o constantă; - faptul de a începe concomitent mai multe programe de acțiune, pe care subiectul le desfășoară în paralel, trecând la una la alta și ajungând foarte greu să finalizeze un lucru început (=fobia de fir - tendința spre colecționarism, spre faptul de a avea, a poseda, a pune la adăpost, avutul; - dependentă interpersonală crescută, subiectul acceptând să fie dominat și **dirijat**, dar neurmând până la capăt coordonatele acestei conduceri (la fel ca în formula copilului pasiv-agresiv); - psihastenul este mai afectiv decât anankastul, dar este mult mai inconstant și ambivalent decât acesta.

Atât în variația rigidă anankastă și în cea ambivalentă psihastengă, tipul obsesiv-compulsiv are primăria pierdută a desfășurării funcțiilor executive și o relaxare a „coapentei întregi”.

DIO0 de re Ivă. Aceasta nu apare în tipologia din DSM-IV și IAD-10. Totuși, tipul depresiv găsit descris în urmă de la începutul secolului XX de către Schneider; iar sistemul DSM are tendința să se perfecționeze (progresivă, uinde să-I accepte. Încercările și structura psihopatologică au la dispoziție

celebrele studii ale lui Ôellenbach, privitoare la "tipus melancolic", personificate aparte - 4mculasă, patologică -(caracterizată în stările tulburării monopolar depressive. Aceste s-au caracterizat, în primul rând, printr-un accentuat atașament față de muncă, fapt ce-l aprinde de anxietate. Se deosebește de acesta, se caracterizează ne prin foame, simț și răceală sau ținerea celui în viață anectivă politicoasă, ci prin atașament intens, profund, față de un număr limitat de persoane. El prezintă o capacitate crescută de rezolvare activă. Preferă retragerea socială, ceea ce șankastul nu realizează. dat fiind atașamentul său față de stăpân, roluri și noțiune sociale. Însă, în caracterul acestei boală trageri depressive nu(e a afectiv și biologic ca schizoidul, ci profund atașat de alții, bu sentiment de responsabilitate întrucât pe relațiile sale interpersonale și nu pe idei, abstracție, ca în cazul anankastului. Diferența principală față de anankast ar fi "manieră" de pronunțată la dmpusiv, a conștenței centrale, care e mult relaxată în primul caz.

T.p depresivă deși e în ultimul timp mult dezbătută decizia de a adopta acest tip e mereu amânată. Dacă nosologic t.p s-ar ghida doar după sindromatica episoadelor, faptul ar fi greu de înțeles, deoarece sd. ps. depresiv e cel mai pregnant și răspândit sindrom din patologie. Faptul e însă că, la baza stă o tulburare de dispoziție afectivă, problematica relaționării interpersonale – care este centrală în afirmarea t.p fiind subsumată acesteia. Acesta ar fi unul din argumentele pentru care nu e înfăptuită nici o t.p bipomaniacală, deși tradiția există (la Schneider și von Zer{dn). Nici din poziția dispozițională, sau afecțioasă nu stau la baza unui tip de t.p; încă t.p avută e corelabilă cu foBia socială, în care relaționarea interpersonală e evitată.

T.p dependentă. Se caracterizează printr-o necesitate excesivă și dependență de a fi supravegheat, fapt ce conduce la un comportament submisiv și adeziv și la o frică leșdărapă. Subiectul are dificultăți în a lua decizii obișnuite, de inițierea proiectelor sau a face ceva singur, fără sfatul și sprijinul

altora. Resimte nevoia ca alții să-și asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieții lui, să ia decizii în locul său: îi este greu să contrazică pe alții, acceptă părerile și convingerile celorlalți, din cauza fricii de pierde suportul sau aprobarea lor; se simte lipsit de ajutor dacă rămâne singur, fiindu-i frică că nu va fi în stare să aibă grijă de sine. De aceea, e capabil să facă și lucruri neplăcute pentru a nu fi părăsit de alții; și dă că este, caută urgent o altă relație protektivă.

T.p evitant 回避 Sujectul evită situațiile noi, mai ales cele care implică relații cu altele persoane (necunoscute), din cauza fricii de a fi criticat, dezaprobat, rejectat, ridiculizat. Nu se asociază cu anumiți oameni deoarece e sigur că va fi apreciat de aceștia; de aceea, e inhibat în relațiile interpersonale noi; se consideră pe sine inapt social, inactiv, inferior altora; Ezită mult în a-și asuma riscuri personale sau de a se angaja. În situații noi, are frica eșecului; simte nevoia de protecție și de a se atașa puternic de persoanele care-l acceptă și care îi oferă un sentiment de siguranță.

T.º instabil-emotivă ("borderline"). Se caracterizează prin următoarele: instabilitate în relațiile interpersonale, În condițiile unei imbecilități afective puțnice cu ceilalți, cu importanță oscilantă dispozițională; - prezență nesiguranță în ceea ce privește imaginea de sine și o pronunțată lipsă de autocontrol pulsional. Subiectul trece rapid (uneori, în cursul a câtorva ore) de la disforie la anxietate, depresie, iritabilitate, euforie. Atitudinile interpersonale sunt intense dar instabile, cu treceri de la idealizarea celui alt, căruia i se supune submisiv, la devalorizarea acestuia, cu atitudine dominatoare, jignitoare sau de respingere; e frecventă și tendința de manipulare a celui alt. Deși oscilant în atitudine, nu suportă abandonul (real sau imaginar), uneori șantajând afectiv partenerul, prin comportamente parasuicidare. Prezintă dificultăți în controlul impulsurilor, mai ales a celor afective, recurgând ușor la comportamente auto- sau heteroagresive. Impulsivitatea se poate manifesta în diverse direcții, precum ar fi: cheltuirea de bani, comportament sexual, abuz de

substanțe, mâncat excesiv, condus imprudent. Imaginea de sine este instabilă, cu o nesiguranță în ceea ce privește propria identitate uneori și în perspectivă sexuală; e posibil să apară un sentiment de gol sau vid interior.

În ICD-IO, acest tip de personalitate - care în DSM-IV e denumită "marginală" ("borderline") - e subdivizată în două variante: una, în care predomină instabilitatea afectiv-relațională și nesiguranța identității, și alta, în care predomină glosivitatea în relațiile interpersonale. Modul în care se realizează relaționarea interpersonală la n.p. borderline apare ca simetrie stabilizării neimplicate și hipersensitivitatea anankstului rigid.

T.p. histrionic - Suferă de tendința în permanență să atragă atenția celorlalți asupra sa prin triunf și comportament hiperexpresiv. E incomodat de faptul de a nu fi în centrul atenției; prezintă frecvent un comportament provocator indecwat, inclusiv în direcția sexuală. Încearcă constant să fie în centrul atenției atât prin aspectul fizic (îmbrăcăminte, coafură), cât și prin comportamentul mimico-gestual (teatral, prin vorbire colorată (suscitată de un imaginar bogat, prin autodescrieri exagerate, teatralism) și o exprimare mimico-gestuală exagerată a emoțiilor: reacțiile afective sunt superficiale, mai mult uitate, dădă o rezonanță afectivă profundă; este egoist, egofil, incapabil de relații intime autentice; e ușor sugestionabil; dar, la rândul său, manipulează pe alții, pentru a obține propriile obiective. În perspectiva psihopatică, poate fi dominator, cu comportamente de tip escrocherie, șantaj, intrigă, manipulare.

T.p. narcisică, comentată de DSM-IV. Aceasta are o bună părere despre sine, un sentiment crescut de auto-importanță; se crede "aparte" și unic, își exagerează realizările și talentele, așteaptă să fie remarcat ca superior, fără realizări corespunzătoare; e preocupat de fantezii, de succes nelimitat, de putere, frumusețe sau amor ideal; pretinde o admirație excesivă. Astfel de trăiri se pot întâlni și la histrionic, la care predomină comportamentul hiperexpresiv-teatral.

T.p hipomaniacală. Aceasta nu figurează în actualele clasificări deși era prezentă - la fel ca tipul depresiv - în sistematica lui K. Schneider, sub denumirea de "expansiv". În descrierea lui von Zerssen, este un tip sinton, care realizează ușor relații interpersonale, cu o tonalitate afectivă activă și întreprinzătoare, dar nu și pe deosebit (motiv pentru care fundamentul său nu este crescut); relațiile interpersonale, la fel ca ansamblul trăirilor, sunt superficiale; preferă distenziunile, jocul, petrecerile; este încreștător în familie, dar nu-și realizează proiectele; este o persoană care nu este pe deplin bazată, datorită superficialității și Egoismului său (descrierile se bazează pe cele ale tipului sinton al lui Eretschmeyer, corelat tipului solitar și picardic). În prezent se acordă o importanță deosebită temperamentului hipertim, care prezintă o serie din trăsăturile menționate mai sus și care este inclusiv în „spectrul bipolar”. Atât în cazul tipului depresiv cât și a celui hipertim-hipomaniacal nu sunt încă suficient sistematizate aspectele disociale specifice, care de fapt sunt cele care permit o reală includere în grupul tulburărilor de personalitate.

T.p antisocială. Se caracterizează prin faptul că individul desconsideră și violează drepturile altora, încalcă normele juridice și morale, fără remușcări. Tulburarea poate apărea din copilărie și este evidentă la 15 ani. Subiectul nu se conformează normelor sociale, încalcă legile, ajungând frecvent la arest. Este incorect, în relațiile cu alții minte repetată, manipulează alte persoane, pentru profit sau plăcere personală. Este iritabil și agresiv, uneori trăiește o plăcere atunci când chinuie sau face rău altora. Nu este generos, nu are remușcări, poate ucide cu sânge; nu învață din experiență. Poate dezvolta perversiuni sexuale, alcoolism, toxicomanie. În funcție de gradul de inteligență, complexitatea actelor nocive sociale poate fi variată.

În DSM-IV aceste tipuri sunt grupate în 3 "clustere", și anume:

A: paranoidul, schizoidul, schizotipalul; B: antisocialul, tipul borderline (instabilul emotiv), histrionicul, narcisistul; C: evitantul, anankastul (obsesiv-compulsivul), dependentul, (depresivul).

Descrierea categorială actuală a t.p e orientată de tulburările clinicii psihiatrice.

4.Critica viziunii neokraepelinienne

Viziunea medico-psihiatrică categorială neokraepeliniană asupra t.p a fost criticată din mai multe puncte de vedere.

Un prim set de critici se referă la medicalizarea temei că, înainte de observarea, descrierea și studierea cazurilor le preseleccionează prin faptul că: - acceptă că t.p sunt entități medico-psihiatrice; - se ocupă predominant de pacienți care sunt în tratament psihiatric sau sunt evaluați cu prezumția unei astfel de boli, de ex. în cadrul unei expertize medico-legale; - că utilizează limbajul și aparatul conceptual al psihiatriei; - că pune accentul pe corelația și tranziția t.p și entități nosologice psihiatrice episodice.

Ultimul aspect, care se înscrie în problematica de studiu a comorbidităților psihiatriei are mai multe aspecte, dintre care trei importante: - studierea statistică a acestor asociații sincron și diacron; - interpretarea t.p ca făcând parte dintr-un „spectru maladiiv psihiatric”; - interpretarea dinamică și diacronă a corelațiilor între sindroamele psihopatologice diagnosticate pe axa I și t.p diagnosticate pe axa II.

Primul aspect, cel al comorbidității, a fost intens studiat după 1980 când s-a publicat DSM-III și aceasta a fost realmente întâlnită frecvent, mai ales între anumite t.p și clusterelor din DSM-III-IV. Aceste cercetări includ însă și problematica spectrului, așa încât ele se cer comentate împreună.

Cele mai frecvente corelații s-au întâlnit între t.p din spectrul A și psihozele schizofrene și delirante și între t.p evitantă și formele grave de anxietate socială. În ultimul caz tranziția pare să fie realmente graduală astfel încât ea e acceptată de aproape toți autorii. Dar problema a fost extinsă în

ultimul timp asupra patologiei dispozițiilor afective unde distimia și ciclotimia au un statut clinic disputat. În măsura în care oscilațiile dispoziționale constând din stări subdepressive și hipomaniacale ușoare se desfășoară de-a lungul întregii vieți, fără nici un ep. Ps. maniacal sau depresiv clinic, acestea ar putea caracteriza un tip de personalitate, așa cum sugera deja Kretschmer. Privitor la distimie, problema e dificilă deoarece ea se cere diferențiată nu doar de ep.ps.depressive ci și de t.p depresivă, pe care mulți autori o acceptă, revenind la punctul de vedere a lui Schneider. Problema tinde să fie în prezent soluționată prin acceptarea în tulburărilor dispoziționale a implicării în psihopatologie, a temperamentului depresiv și hipertim. Temperamentul este o caracteristică mai simplă decât t.p și poate fi identificat relativ ușor, ca un fel de predispoziție genetică generală într-o eventuală direcție de patologie. Această idee, este și ea consonantă cu vechea abordare a lui Kretschmer dare se confruntă cu problema că dispozițiile temperamentale cuprind și variantele anxioase, iritabile și apatice. O parte a acestei problematice e comentată în prezent din perspectiva stărilor afective mixte subclinice.

Interpretarea relațiilor dinamice și diacrone a relațiilor dintre axa I și axa II implică doctrine psihopatologice și analize cazuistice. De ex. se poate imagina următorul caz.

Un băiat crește într-o familie în care tatăl prezintă o t.p antisocială cu comorbiditate addictiv etanolică iar mama o t.p dependentă. Întreaga copilărie o petrece în intimitate cu mama, apărându-se de comportamentul agresiv ebrios al tatălui. Ca tânăr adult prezintă trăsături de personalitate evitantă și se căsătorește cu o femeie cu trăsături instabile. Suportă dificil oscilațiile dispoziționale și de atitudine ale soției precum și diverse frustrări și eșecuri sociale în fața cărora prezintă repetate episoade anxios depressive subclinice. Treptat ajunge să descopere efectul anxiolitic și sedativ al alcoolului, consumul devine și apoi nociv; cresc neînțelegerile familiale ajungându-se la divorț, față de care reacționează depresiv și prin accentuarea consumului.

Conduita evitantă socială se accentuează la un nivel de t.p. Scade randamentul profesional care e sancționat cu retrogradări. Se accentuează dispoziția anxioasă, conduita evitantă și dependența etanolică. În final se refugiază în cuplul existențial cu mama care, în raport cu el, ajunge la un cuplu simbiotic. Dependența etanolică se agravează cu complicații somatice și psihopatologice.

Într-un caz ipotetic ca cel de mai sus, d.p.d.v statistic se pot identifica comorbidități atât pe axa I cât și între axa I și II. Dar, în ansamblu se poate identifica și o influențare între diversele personaje ce au fie t.p fie trăsături anormale ale personalității, ce se accentuează progresiv.

*

*

*

Alte critici care s-au adus sistemului categorial al t.p din DSM III-IV sunt:

- Lipsa limitelor dintre categorii; un sistem de clasificare e considerat cu atât mai bun cu cât categoriile sunt mutual exclusive și dacă tinde spre exhaustivitate. În cazul tulburării personalității numărul cazurilor aparținând mai multor categorii e mai mare decât al celor aparținând unei singure categorii, iar numărul celor din categoria „altor forme” este mare. În cazul unui diagnostic multiplu, nu se precizează care din categoriile din care face parte cazul, contribuie predominant la dezadaptarea socială
- Numărul de itemi care definește fiecare categorie, în general și ca număr minimal, este diferit de la o categorie la alta, fapt ce nu e argumentat prin nimic. Nu există omogenitate de criterii prin care să fie caracterizate similar toate categoriile.
- Lipsește orice criteriu de justificare nu numai a fiecărei entități ca atare, ci și a numărului categoriilor în ansamblu. Trimiterea la „bolile psihice” și la „experiența clinică cazuistică” nu este suficientă.
- „Acordul democratic”, convenție la care se ajunge prin vot de către experți nu e o metodă convingătoare pentru cei ce sunt de altă părere

- Deși se declară ateoretic, sistemul DSM-IV împrumută categorii care au fost fundamentate în cadrul unor doctrine precise: tulburarea personalității narcisiste și borderline în cadrul psihanalizei, tulburarea personalității schizotipale în modelul clinic al spectrului schizofreniei, tulburarea personalității evitante în concepția învățării sociale a lui Millon.
- Sistemul categorial nu face trimiteri explicite la tradiția „cazului tipic ideal” și a cazului exemplar, pe baza cărora s-au structurat primele tipologii ale persoanelor psihopate, de exemplu cea a lui Schneider.

Cu toate insuficiențele sale sistemul categorial se menține, căci altfel nu ar fi posibilă pentru moment cercetarea și comunicarea specialiștilor în aceste domenii. Ea este utilă mai ales în cercetarea epidemiologică, cea a stabilității în timp, cea a corelației cu tulburarea episodică sau programele de tratament.

În prezent se caută soluții pentru insuficiențele menționate mai sus, în contextul păstrării pentru moment al sistemului categorial:

Millon propune ca toate categoriile să fie caracterizate prin itemi similari care să se refere la anumite funcții psihice. Iar la fiecare tip să se descrie subtipuri bazate pe experiența clinică cazuistică și pe interferențe cu celelalte tipuri. Astfel, în cazul tulburării personalității dependente e descrisă varianta „neliniștită”, „imatură”, „ineficientă” și „dezinteresată”. Limbajul în care subtipurile sunt descrise de către Millon depășește limbajul tehnic medico-psihiatric utilizându-l pe cel natural. Sugestia e interesantă dar nu are limite clare, numărul subtipurilor ce pot fi descrise, pe orizontală și pe verticală fiind nelimitat.

S-a propus ca în cazul unui diagnostic care implică mai multe tipuri să intervină ca element de caracterizare numărul de itemi (trăsături) care sunt prezente din fiecare. Și pe această bază să se evalueze care din tipuri asigură gravitatea cazului și care tipuri intervin doar pentru a da o coloratură aparte,

în sensul de a avea „trăsături” suplimentare. În plus s-a propus ca, dacă un caz are elemente din 3 sau mai multe categorii să se vorbească de tulburare a personalității nediferențiată.

5. Alternativa dimensională față de sistemul categorial.

Abordarea dimensională a t.p se face în prezent din cel puțin trei incidente:

- Utilizarea în evaluare a unor sisteme conceptuale și instrumente de evaluare care se aplică tipologiei persoanei normale, așa cum este circumplexul interpersonal sau sistemul celor 5 mari factori (Five Factor Model = FFM)
- Utilizarea unor concepte și instrumente de evaluare elaborate astfel încât să corespundă și persoanei normale și celei deviate, așa cum e sistemul celor 7 factori a lui Cloninger evaluat prin TCI.
- Utilizarea unor concepte și instrumente dimensionale ce au punct de plecare în etichetarea comportamentului deviant al persoanelor disarmonice.

Ultima incidență s-a dezvoltat deoarece sistemele de evaluare a persoanelor normale nu conțin – sau conțin puține – expresii sau termeni care să caracterizeze prin limbaj comportamente deviate. De aceea, inițial Tyrer (1978) și apoi Livesley (1987) au pornit de la itemi ce caracterizează lingvistic persoane cu comportament deviant. Ei au studiat descrierile ce se găsesc în literatura de specialitate a secolului XX și au înregistrat practica lingvistică curentă a caracterizării celor cu tulburări de personalitate. Aceste expresii lingvistice semnificative au fost reduse la un număr nu prea mare de expresii-concepte, prin consultarea experților ce se ocupă de t.p. Ele au fost apoi testate empiric la cazurile ce sunt în mod tradițional și curent etichetate și diagnosticate astfel. Rezultatele au fost comparate cu cazuistica diagnosticată categorial ca și t.p după DSM-III-IV. Tyrer și echipa sa s-au oprit după mai multe studii, la următoarele

noțiuni (itemi): 1. pesimism, 2. autodevalorizare, 3. optimism (exagerat), 4. iritabilitate, 5. anxietate, 6. supraapreciere, 7. introspecție, 8. timiditate, 9. izolare, 10. senzitivitate, 11. vulnerabilitate, 12. inhibiție, 13. impulsivitate, 14. agresivitate, 15. ineficiență, 16. iresponsabilitate, 17. infantilism, 18. deficiența resurselor, 19. dependență, 20. submisivitate, 21. conștiinciozitate, 22. rigiditate, 23. excentricitate, 24. hipocondrie.

Folosind un chestionar semistructurat, investigarea acestor itemi l-a condus pe Tyrer la identificarea unui număr de 13 tipuri de tulburări de personalitate ce se pot împărți în 4 clustere ce stau sub patronajul semnificațiilor ce iradiază din tipurile: schizoid, pasiv-dependent, anankast.

Livesley, în demersul său relativ similar cu a lui Tyrer, identifică 18 dimensiuni (indicate de noțiuni precum: lipsa stimei de sine, tulburarea identității, atașament nesigur, dispreț în schemele interpersonale, anxietate, labilitatea afectivă, compulsivitate). Fiecare dimensiune, ar avea mai multe fațete, în totalul sistemului acestea fiind 79. Întreg sistemul aplicat printr-un instrument de evaluare (DAPP-BQ), cazuisticii cu tulburări de personalitate bine cunoscută, conduce la 4 mari clustere caracterizate prin : 1- instabilitate generală a comportamentului, 2- retragere socială, 3- dependență, 4- compulsivitate.

Aceste modele dimensionale care pleacă de la itemi lingvistici caracterizanți cu țintire psihopatologică, se corelează cu sistemele categoriale politetice. Adică pot fi traduse în limbajul acestora, cu care sunt compatibile. Dar ele susțin mai ales idea clusterelor, în general 4 la număr. Prin centrare pe itemi ce se pot combina variat, sistemele menționate sunt predominant dimensionale și mai flexibile decât cele categoriale, pe care le dublează.

Sistemul dimensional a lui Cloninger are 7 factori dintre care 4 temperamental, corelați cu genetica și biologia (neurotransmisia cerebrală) și 3 caracteriali (structurați prin experiență și centrați pe sine , self- eu). Evaluarea se face prin chestionarul „The temperament and Character Inventory - TCI ” care are 240 de itemi la care se răspunde prin da sau nu. Factorii pentru temperament

sunt numiți: evitarea suferinței, căutarea noului, dependența de recompensă și persistența. Acești factori ar avea o corelație cu neurotransmisia cerebrală. În ordinea menționată, cu cea serotoninergică, dopaminergică, noradrenergică, glutamatergică. Cei trei itemi caracteriali sunt numiți: autodirecționare, cooperativitate, autotranscendență. Deficiența acestora, împreună cu stabilitatea afectivă redusă, condiționează criteriile generale ale tulburării personalității. Specificitatea tipologiei ar fi condiționată de factori temperamentali. Sistemul e conceput dimensional, dar se corelează cu cel categorial. El este util, dar deschiderea sa pentru aplicabilitate la persoane normale și pentru asimilare de noi contribuții este modestă.

Dintre sistemele de evaluare și caracterizare a persoanei normale se aplică cu succes la t.p sistemul circumplexului interpersonal. Acesta e bazat pe dispunerea pe un cerc a tendințelor de relaționare dintre persoane normale. În conformitate cu o schemă lansată de Bakan, pe axele ortogonale se plasează în opoziție: pe verticală tendința de dominare („agenția”) și cea de supunere (pasivitate); iar pe orizontală tendința de comunicare și afiliere în raport cu cea de disociere (dezafiliere, ostilitate). Această imagine a fost utilizată pentru construirea unui complex al relațiilor interpersonale care, în normalitate, este caracterizat prin epitete caracterizante. Acestea sunt punctul de plecare pentru stări anormale, ce pot fi astfel caracterizate dimensional.

Circumplexul mai ridică două probleme importante. Deși există un consens privitor la faptul că principalele aspecte ale t.p se circumscriu în aria relațiilor interpersonale, există trăsături de personalitate importante pentru această patologie care nu pot fi captate astfel, ca de exemplu preocuparea excesivă cu munca, acțiunea, decizia, verificarea în cazul t.p anakaste, sugerând perturbarea funcțiilor executive. S-a sugerat construcția și testarea unor circumplexe care să capteze și acest domeniu problematic, care ar putea fi aplicate alternativ cu circumplexul interpersonal clasic (Lăzărescu).

Un alt aspect se referă la faptul că relațiile interpersonale directe sunt mediate de reprezentarea celuilalt în psihismul subiectului. Cel puțin în ontogeneză, mama sau figura reprezentativă de atașament, are o reprezentare constantă în structura psihică a copilului prin intermediul instanței pe care Bowlby o numea „internal working model”. Relația cu o mamă protectivă, nesigură sau indiferentă este o relație în primul rând intrapsihică care se actualizează în situații. Același model funcționează și într-un sens mai general, pentru alte persoane importante, astfel fiind în prezent reinterpretată ideea lui Freud privitor la „introjecția imaginilor parentale”. Suspiciozitatea sau instabilitatea atitudinală se realizează în prima instanță față de imaginile intrapsihice ale altor determinanți sau ale altor persoane în genere. În această direcție, circumplexul epitetelor interpersonale a fost dezvoltat de Benjamin în perspectiva desfășurării unei psihoterapii de inspirație psihanalitică în cadrul proiectului SASB (Structural analysis of social behaviours). Circumplexul propus este:

Sigur, dominant

Arogant	Extravertit
Calculat	(gregar)
Închis, introvertit	Modest, ingenuu

Nesigur, submisiv

Circumplexul relațiilor interpersonale (după Wiggins)

Prin exagerarea aspectelor normale apar trăsături anormale ce caracterizează t.p. Astfel de exemplu poziția P.A a polului dominant și autonom se caracterizează prin agresivitate și ar fi sugestivă pentru psihopatul antisocial

iar poziția HI a celui nesigur, submisiv ar caracteriza bine dependentul. Poziția BC a celui arogant, coercitiv tinde spre suspiciune paranoidă iar poziția DE a celui rece și ostil sugerează t.p schizoidă. T.p din clusterul B sunt caracterizabile prin epitete ce se plasează în susul și în dreapta circumplexului iar din clusterelor A și C în stânga și în jurul său. În cazul t.p apar însă epitete care nu sunt direct prezente în circumplexul clasic ca de exemplu tendința hiperexpresivă și manipulantă a histrionicului, însă evident ea se plasează în cadranul între 0-90.

Cel mai dezvoltat sistem actual de caracterizare al personalității normale, care este și cel mai utilizat model folosit în caracterizarea dimensională a t.p, este cel al celor 5 mari factori (FFM). Acesta s-a organizat în ultimele decenii pornind de la studiile lui Allport, Cattel și mulți alții, care au luat ca punct de plecare expresiile prin care oamenii sunt caracterizați în cadrul limbajului natural. Aceste expresii au fost progresiv reduse la tot mai puține clase, care se grupează în jurul câtorva centre. Astfel s-a ajuns la 5 mari factori. Principalele caracteristici ale celor cinci mari factori sunt investigabile prin chestionarul standardizat NEO-PIR. În elaborarea de Costa și McCrae, fiecare clasă e descrisă prin 6 fațete conform tabelului de mai jos:

În definirea factorilor, de exemplu ai extroversiei, sunt implicate componente care vizează: activitatea, asertivitatea, sociabilitatea, căutarea excitației, emoțiile pozitive – deci mai multe aspecte ale vieții psihice ale persoanei.

Modelul FFM permite evidențierea concomitentă a trăsăturilor normale și a celor anormale, deviante, maladaptative ale persoanei. Astfel dacă se aplică unei persoane cu t.p se evidențiază și trăsăturile normale, adaptative, scoțându-se în evidență zona „sănătoasă” a persoanei, pe care se poate conta în proiectul terapeutic și de management (Widiger,1991). Interesul față de corelația dintre „simptomatologia” tulburărilor de personalitate constând în devianța trăsăturilor sale și FFM este foarte mare. Ea a început înainte de 1989 prin studiile lui Wiggins și Pincus, iar până în 2001 au fost publicate deja peste 50 de studii în această direcție. Cercetările au indicat că ambii poli ai celor cinci domenii ale FFM conțin cel puțin unele forme de maladaptivitate. Nevroticismul accentuat e corelat cu t.p borderline, iar cel scăzut cu t.p narcisică și psihopată. Introversia e corelată cu trăsăturile t.p schizoidă și evitantă, iar extroversia cu t.p histrionică. Conștiinciozitatea scăzută e în mod consistent asociată cu t.p antisocială, pasiv-agresivă, de tip borderline și paranoidă, dar e crescută în t.p obsesiv-compulsivă. S-a găsit o bună corespondență între FFM și circumplexul interpersonal evaluat prin IIP, cu datele obținute prin DAPP-BQ a lui Livesley și cu modelul lui Cloninger evaluat cu TCI. În 1994 Widiger a dezvoltat profile ale FFM pentru caracterizarea fiecărei tulburări de personalitate din DSM-III-R. S-au făcut eforturi penru a construi profile FFM, pentru t.p comentate în DSM-IV, implicând opinia experților. În 2004 Samuel și Widiger susțin un studiu care implică 154 experți totalizând 308 profiluri FFM pentru cazuri prototipice de tulburări de personalitate . Continuă utilizarea NEO-P-R în această direcție, deși acesta e un inventar de autoevaluare, iar diagnosticul t.p se face de obicei prin chestionare de heteroevaluare. S-au construit profiluri de t.p în termenii proprii

ai FFM. De asemenea continuă studiile privind terminologia de caracterizare a trăsăturilor celor cu t.p care să derive din termenii utilizați în FFM .

Până în prezent sistemele dimensionale nu au înlăturat pe cele categoriale în caracterizarea și diagnosticare t.p. Dar ele introduc mai multă nuanțare și flexibilitate, astfel încât se preferă o utilizare concomitentă. Sistemele categoriale, cel puțin cele din DSM-IV-TR se mențin mai ales datorită utilității în comunicare și cercetare.

Considerarea t.p ca entități patologice - au permis studii epidemiologice care sugerează o prevalență de aproxim. 10% în populația generală. Stabilitatea în timp a t.p este foarte greu de evaluat pe termen lung, mai ales că nu e clar și bine dovedit conceptul de stabilitate în timp a persoanei normale. În plus de-a lungul timpului se modifică definiția t.p și instrumentele de evaluare. Rezultatele de până acum indică faptul că aceasta nu e chiar așa de mare cum era ea gândită tradițional prin definiția care postulează rigiditatea de-a lungul timpului. Se consideră în prezent că t.p se poate schimba în măsură apreciabilă la intervale mari de timp, prin intervenția factorilor evolutivi de maturare și îmbătrânire prin evenimentele vieții, prin factori de compensare și mai ales prin terapie. Terapia în domeniul t.p a fost inițiată doar în ultima perioadă.

6.Clusterul psihopatiei

De când tema tulburării de personalitate a fost ridicată de către psihopatologi, adică de când s-a creat modelul medical al psihiatriei în epoca lui Kraepelin, s-a remarcat și a fost comentat caracterul disocial al manifestării acestora. Kraepelin comenta în această categorie: mincinosul patologic și escroc, criminalul impulsiv și cel profesionist, vagabondul morbid, certărețul. De fapt încă în secolul XIX Prichard a introdus noțiunea de nebunie morală (moral insanity), iar Lombroso a comentat criminalul înnăscut. Schneider a înregistrat și el o variantă de tulburare de personalitate, capabilă să ucidă cu sânge rece.

Ulterior, în școala anglo-saxonă s-a încetățenit termenul de sociopatie pentru persoane care crează mari probleme sociale prin comportamentul lor deviant, care sfidează legile și uneori e criminal. În această direcție s-au afirmat autori ca Partridge, Henderson și mai ales Cleckley. În edițiile succesive ale DSM s-a făcut loc pentru un tip aparte etichetat ca antisocial, care și în prezent e descris în clusterul B, cu precizarea ca manifestările sale sunt cel mai des decelabile de la vârsta infanto-juvenilă. Acest tip e comentat și în ICD-10 ca și tip dissocial. Discuția despre această clasificare medico-psihiatrică în ultimii ani se revine asupra problemei existenței unor tulburări de personalitate a căror caracteristici dominante este infraționalitatea și amoralitatea, conduita criminală. În perspectiva tipologiei aceste persoane fac parte din mai multe categorii tipologice ale DSM-IV, cazuistica fiind frecventă în penitenciare și în lumea interlopă. De aceea tendința este de a se detașa pentru această cazuistică un cluster special care este caracterizat cu termenul generic de „psihopatie”.

Psihopatia include multe cazuri ale t.p antisocială și dissocială dar prezintă și alte caracteristici pentru care este și în prezent instructivă descrierea făcută în 1948 de către Cleckley. Acesta a descris psihopatul ca pe un om activ și deseori performant în societate care prezintă o sociabilitate cuceritoare ce crează o marcă de om sănătos (cartea sa se numește „The mask of insanity”). Acesta însă nu înțelege noțiuni ca responsabilitatea, generozitatea prezentând un fel de „demență semantică” specială. Psihopatul lui Cleckley nu prezintă o serie din trăsăturile antisocialului din DSM-IV: distructiv, amenințator, turbulent, criminal. El are un farmec superficial, o bună inteligență, e stăpân pe sine, e abil și convingător, are succes social dar e complet lipsit de sinceritate fără sentimentul rușinii și remușcărilor, are comportament antisocial și nu învață din experiență. E lipsit de afectivitate și de capacitate de a iubi. Are o viață sexuală impersonală, trivială și îi lipsește capacitatea de a urmări un plan general în viață.

Hare (1980) a operaționalizat itemii de caracterizare a psihopatiei lui Cleckley construind un checkent cu 22 itemi care stau la baza unui instrument de investigare PCL-R. Acești itemi, supuși la o analiză factorială de Harpur și Hakstian s-au grupat în doi factori. Aceștia sunt sistematizați în felul următor:

Factorul I

Sens grandios al sinelui

Minciuna patologică

Manipularea altora

L P

ip ro

sa bl

re e

m m

u e

șc c

ăr o

il m

or p

și or

a ta

vi m

n e

o nt

v al

ăț e

Factorul II

Iresponsabilitate

Lipsa unor scopuri pe termen lung

Stil de viață parazit

ie ti

i m

p

ur

ii

L D

ip el

sa ic

e v

m e

p nţ

at ă

ie ju

i v

e

ni

lă

Ne Rec F

ace idivarm

ptarism ec,

ea şar

res m

pon sup

sab erfi

ilită cial

ţii I

pen mp

tru ulsi

pro
prie
le
acți
uni

vita
te

Afe
ct
sup
erfi
cial
N
evo
ie
de
sti
mul
are

S
lab
con
trol
co
mp
orta
me
ntal

Fac

tor
ul I
se
refe
ră
mai
ales
la tr

săturile de personalitate pe care subiectul le afirmă în cursul interviului, iar factorul II se referă mai ales la comportament, bazându-se pe informații din dosarul pacientului.

Perspectiva pe care o deschide psihopatologia lui Cleckley diferă de tipologia tulburărilor de personalitate din DSM IV. Studiindu-se mai ales cazuri din mediile infracționale și de detenție s-au propus mai multe tipologii pentru aceste cazuri ce sunt într-o permanentă stare de conflict cu alții și societatea, cu un comportament grav infracțional. Lykken diferențiază între psihopatul primar pe care-l consideră în mare măsură condiționat genetic și cel secundar sau sociopat care e predominant influențat de mediul familial și de cel social. Blackburn descrie patru subtipuri: psihopatul primar (impulsiv, agresiv, ostil, extrovertit, încrezător în sine, cu un nivel scăzut de anxietate); psihopatul secundar (ostil, agresiv dar anxios social, retras, cu scăzută stimă de sine); psihopatul controlat (sociabil, fără anxietate, controlat); psihopatul inhibat (retras, controlat, anxios, cu stimă de sine scăzută). În aceste subgrupe se regăsesc tulburări de personalitate din diverse categorii ale DSM IV. Stone insistă să se recunoască psihopatul și tulburarea de personalitate corespunzătoare caracterizate prin sadism. El a elaborat o scală cu 11 puncte care marchează gravitatea comportamentului agresiv sadic, de la uciderea accidentală sau din gelozie până la criminalul care-și chinuie victimele înainte de a le ucide. Millon

descrie zece subtipuri de psihopați care, în mare, sunt corelați în categoriile din DSM IV dar prezintă un grav comportament disocial. El descrie aceste tipuri pe baza unei experiențe cazuistice și le numește: psihopatul impulsiv, nesincer, resentimental, nesigur, amorf, lipsit de scrupule, exploziv, cverulent, revendicativ, tiranic, malign.

Psihopatia a fost analizată și în perspectivă dimensională, prin circumplexul interpersonal (de către Blackburn 1959) și prin FFM, către Eysenk și prin sistemul cu șapte dimensiuni a lui Cloninger.

În legătură cu psihopatia s-au făcut și multe studii în perspectivă biologică. Caracterul genetic al tulburării este în prezent destul de bine definit. Mai interesant și mai important e faptul că s-au dovedit o serie de anomalii neurofiziologice, cum ar fi anemotivitatea, lipsa reacției de frică și areactivitatea la stimuli anxiogeni. Deficitul funcționării structurilor neurobiologice care susțin afectivitatea, inclusiv cea interpersonală, este și ea dovedită. Aceste deficite genetice și de funcționare cerebrală condiționează o dezvoltare ontogenetică aparte.

În legătură cu tulburările de personalitate se ridică și problema dimensiunii etice a persoanei (Deheleanu 1974, Lăzărescu 2007). De aceea, în toate cazurile de tulburare de personalitate, indiferent de perspectiva tipologiei categoriale și dimensionale, de comorbiditate, de tipologie, etc, se cere și o evaluare a dimensiunii etice a persoanei, mai ales din următoarele perspective: comportamentul nociv față de altul, neglijarea celui alt față de care există responsabilitate, duplicitatea malignă, egoismul și lipsa generozității, lipsa sentimentului de rușine și vinovăție, iresponsabilitatea.

Prin necesitatea de a se ține seama de dimensiunea etică, problema tulburărilor de personalitate depășește evident modelul medical, înțeles în sens restrâns.

7. Tulburările de personalitate în perspectiva distorsiunii unor funcții

adaptative a caracterului persoanei

Esențialul anormalității, a perturbărilor în cazul t.p. se localizează la nivelul relațiilor interpersonal sociale, a afirmării independenței persoanei, a manifestării cu sens, în cadrul interrelaționărilor. Un ax suplimentar îl constituie o bună și adecvată desfășurare a funcțiilor executive. În ambele direcții normalitatea presupune flexibilitate și eficiență adaptativă. Împrejurările solicită și pretend ca uneori individual să fie dominator și asertiv, alteori să asculte și să se supună, să fie încrezător dar și suspicios, să se decidă rapid sau să chibzuiscă temeinic, să fie spontan și perseverant. Diversele modalități tipologice ale t.p pot fi înțelese ca derivând din moduri de funcționare adaptativă, care însă devin excessive, decontextualizante, rigide.

Tendința spre afirmare asertivă, dominatoare, prin care alții sunt conduși, coordonați, supuși și chiar manipulați, se manifestă uneori în normalitate. Ea alimentează subgrupul populațional din care se selectează liderii, managerii, politicienii, conducători în afaceri, comandanți militari, etc. și atitudinea submisivă poate fi adaptativă în anumite împrejurări. Contextual, durata, sensul valoric, integrarea socială sunt cele care pot diferenția un comportament dominator sau submisiv adaptativ de unul anormal.

Emoția socială, reactivitatea față de expunere și apreciere publică e în principiu la fel de adaptativă ca și suspiciunea, în anumite împrejurări justificate. Pe de altă parte capacitatea de a nu se emoționa exagerat în situații solicitante, rezistența față de amenințare, în împrejurări fobogene și periculoase, indiferența socială și situațională, poate conduce uneori la performanțe ridicate, dovedindu-se și ea adaptativă. O paletă bogată de capacități adaptative cuprinde și gregaritatea extrovertită și retragerea socială meditativă, necesară confruntării cu sine și creației.

Tipologia t.p poate fi în principiu corelată cu diverse stări psihopatologice episodice, ceea ce se și face în prezent în cadrul abordării neokraepeliene. Dar toate tipurile t.p pot fi interpretate și în corelație cu strategii adaptative ale persoanei, în cadrul manifestării sale în relațiile interpersonal-sociale și de realizare pragmatică. De aceea t.p este în prezent amplu abordată și de psihopatologia de orientare evoluționistă. La fel ca în cadrul sindroamelor psihopatologice, numărul tipurilor de t.p este finit, chiar dacă diverse clasificări procedează la diferite decupaje iar numărul tipurilor oscilează ușor sub sau peste cifra zece.

Considerațiile de mai sus pledează pentru interpretarea stărilor psihopatologice în cazul t.p, la fel în cazul sindroamelor psihopatologice, în sensul derivării lor din manifestări antropologice normale, adaptative și

cu sens. Această interpretare este susținută în prezent de psihopatologia de orientare evoluționistă dar și de cea developmentală, cognitivă și neofenomenologică. Manifestări antropologice care în principiu sunt adaptative și orientate spre creativitate, devin psihopatologice în măsura în care sunt marcate de anumite minusuri antropologice care conduc la decontextualizarea, reducerea legăturilor semnificative cu situația, cu biografia și argumentarea rațională, ajung să se manifeste simplificat, excesiv, rigid, cu reducerea libertății antropologice și a sintezei creative, adaptative. Drept consecință funcționarea socială poate fi perturbată iar suferința personală crescută. Dar cazul t.p ne indică faptul că planul socio-cultural al antroposului dispune de multe mecanisme de compensare, protezare sau mascare a disfuncției și deficitului.