

UN NOU MODEL DE DIAGNOSTICARE A TULBURĂRILOR SPECIFICE DE PERSONALITATE

Diana ȚOPA

Catedra Psihologie Generală

The author presented in this article the definition for specific personality disorders, as well as the basic concepts for a new model in personality disorders diagnosis. She emphasizes the importance of introduction of new elaborated factors personality disorders diagnosis. Those factors (obligation of a symptom, weight of a symptom and the intensity coefficient), which were implemented and tested in her dissertation, provided the elaborated system with desired sharpness.

Introducere

Prima mențiune despre tulburările de personalitate le aparține psihiatrilor notorii ai secolului XIX, francezilor J.Esquirol și Ph.Pinel, care au observat și au descris persoane care, deși nu prezentau simptome psihotice, erau incapabile să se adapteze social, persoane diagnosticate ca suferind de tulburarea numită de ei „manie sans délire”. Încă în 1835 medicul englez J.Prichard descrie acest tip de persoane și le numește „nebuni moral”, tulburare definită ca „o perversiune morbidă a sentimentelor naturale, afectelor, înclinațiilor, temperamentului, obiceiurilor, dispozițiilor morale și impulsurilor naturale, fără vreo tulburare sau defect remarcabil al intelectului, cunoașterii sau facultăților de judecată și, în particular, fără delir sau halucinații”.

Spre sfârșitul secolului XIX, H.Maudsley a comentat obiecțiile din acea vreme asupra termenului de nebunie morală, la care s-a referit ca la „o formă de alienare mintală, care are atât de mult aspectul viciului sau al crimei, încât mulți oameni o privesc ca pe o invenție medicală nefondată”. Următorul pas spre ideile moderne a fost introducerea, de către Koch în anul 1891, a termenului de inferioritate psihopatică (psychopathic inferiority), ce indică un grup de indivizi cu note anormale ale comportamentului, în absența afecțiunii mintale sau a deteriorării intelectuale. Ulterior, cuvântul inferioritate a fost înlocuit cu termenul de personalitate, pentru a evita judecățile excesive.

Secolul XX începe cu contribuția lui S.Freud privind descrierea tipurilor de personalitate, prin elaborarea teoriei despre dezvoltarea personalității, a teoriei instinctelor și descrierea personalității isterice și a personalității obsesive. În prezent, caracterologia psihanalitică diferențiază patru tipuri de „nevroze de caracter” (schizoide, depresive, obsesive și isterice), termen folosit de psihanaliză pentru denumirea tulburărilor de personalitate. E.Kraepelin, în 1921, observa și sublinia legătura dintre tulburările de personalitate și anumite boli psihice. El adoptă termenul de personalitate psihopatică și descrie șapte tipuri separate: excitabil, instabil, excentric, mincinos, escroc, antisocial și certăreț.

„Epoca modernă” în definirea tulburărilor de personalitate este marcată de clasificarea și descrierea a zece tipuri de personalități patologice (hipertimă, depresivă, fanatică, senzitivă, fără afecțiune, labilă, isterică, anankastă, cu voință slabă, astenică) de către K.Schneider, tipuri care se află la baza clasificărilor actuale. În 1939, D.Henderson definește psihopații ca pe oameni care, deși nu sunt subnormali din punct de vedere mintal, „de-a lungul vieții sau de la o vârstă relativ timpurie au manifestat tulburări de conduită de natură antisocială sau asocială, de obicei, de tip recurent sau episodic, care, în multe cazuri, s-a dovedit greu de influențat prin metode de asistență socială, penală sau medicală, ori pentru care nu avem măsuri adecvate preventive sau curative”. Principala contribuție a lui Henderson a fost concentrarea atenției asupra personalităților inadecvate. Henderson a extins definiția sa prin referire la trei grupuri de psihopați: predominant agresivi – acest grup îi include nu numai pe cei ce sunt în mod repetat agresivi, ci și pe cei înclinați spre suicid, abuz de drog și alcool; predominant pasivi sau inadecvați – acest grup include indivizii instabili, sensibili, hipocondriaci, mitomanii și persoanele cu o natură schizoidă; creativi – criteriu atât de vast încât primește o valoare limitată, aici menționându-i în calitate de exemple pe T.E. Lawrence și Ioana d’Arc.

Concepția modernă de interpretare și clasificare a tulburărilor de personalitate a formulat-o O.F. Kernberg, ilustru psihanalitic, profesor la Universitatea Yale din Statele Unite ale Americii. El clasifică tulburările de personalitate în funcție de nivelul de organizare a personalității, specificând două clase de tulburări de

personalitate: tulburări de personalitate la nivelul organizării nevrotice a personalității și tulburări de personalitate la nivelul organizării borderline a personalității.

Actualmente există mai multe definiții ale tulburărilor de personalitate, dar toate au în vedere dimensiunea comportamentală în interacțiunea cu mediul. Tulburările de personalitate constituie o deviație de la „normă”, semnificând că personalitatea se dezvoltă dezarmonic, trăsăturile interne și comportamentul subiectului sunt rigide, alterând substanțial capacitatea de adaptare și de relaționare socială. Definierea tulburărilor specifice de personalitate se bazează pe conceptul că fiecare persoană are un set de caracteristici interne reflectate în domeniul comportamentului și implicit în funcțiile adaptabilității la normele și cerințele mediului, precum și în productivitatea, creativitatea și capacitatea de interrelaționare cu semenii. Astfel, personalitatea poate fi considerată ca fiind totalitatea acelor caracteristici permanente ale unui individ, care îi conferă acestuia un caracter de unicitate și un grad de predictibilitate al comportamentului.

Tulburările de personalitate ridică probleme complexe, greu de abordat și deseori greu de soluționat, reprezentând provocări pentru abilitățile clinicienilor angajați în efortul de a înțelege și de a corecta anomaliile de conduită și eșecurile de ajustare la o societate - aceasta însăși suferind de variate disfuncționalități.

În DSM ediția a 4-a (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision, 2000”) tulburările de personalitate sunt definite astfel: „Un pattern permanent de experiență interioară și comportament care deviază marcant de la așteptările pe care le avem din partea insului. Acest pattern se manifestă în spectrul cognitiv, afectiv al funcționării interpersonale și al controlului impulsurilor, este permanent și inflexibil, debutează în adolescență, este stabil în timp și creează disfuncționalitate”.

ICD 10 (“Classification of Mental and Behavioral Disorders. World Health Organization, 1992”) consideră că tulburările de personalitate specifice sunt „patternuri comportamentale cu semnificație clinică, persistente, fiind expresia unui stil de viață și un mod de relaționare cu sine și ceilalți caracteristic individului”. G.Ionescu propune următoarea definiție: „Tulburările de personalitate sunt un ansamblu caracteristic și persistent de trăsături predominant cognitive – dispoziționale și relaționale ilustrate printr-un comportament ce deviază în mod evident de la expectațiile față de persoana respectivă și de la normele grupului social”.

Persoanele cu trăsături dezarmonice deseori suferă în forul lor interior și în viața lor relațională cu alte persoane, de cele mai deseori problematică și tensionată. Aceste persoane cauzează mari dificultăți altor persoane și în mare, societății, prin nedezvoltarea instanțelor morale sau funcționarea defectuoasă a mecanismelor de control al emoțiilor, al agresivității înnăscute, al sociabilității, cu repercusiuni multiple asupra funcționării, securității și echilibrului social (delincvența, criminalitatea, violența și omuciderea, abuzul de droguri și alcool, comportamente autodestructive, abuzul fizic și sexual al minorilor etc.), sunt opera persoanelor cu trăsături dezarmonice. Și nu în ultimul rând, aceste persoane necesită măsuri complexe de intervenție terapeutică.

Astfel, putem conchide că tulburările de personalitate au un set de caracteristici comune, și anume:

- tulburările de personalitate sunt dezvoltări dezarmonice ale personalității, rezultând din patternuri afective, cognitive și comportamentale, permanente, specifice și rigide, a căror primă influență se manifestă asupra capacității de integrare și funcționare socială a individului;
- relațiile individului sunt marcate de conflictul sado-masochist din interiorul aparatului psihic, fapt care explică dificultatea de adaptare și slăbirea legăturii cu mediul, căci orice conflict intern conferă rigiditate Eului, care, fiind ocupat de elaborarea mecanismelor de apărare și de rezolvarea conflictului, canalizează energia în interiorul sistemului, formând un „circuit închis”;
- tulburarea de personalitate poate fi apreciată în condițiile când subiectul are o inteligență normală, sau peste medie, dar în nici un caz deficiență mentală de orice grad;
- tulburările de personalitate pot fi diagnosticate doar în cazul persoanelor ce au împlinit 18 ani, deși trăsăturile patologice se observă din copilărie;
- trăsăturile de neadaptare sunt stabile în timp și inflexibile;
- mecanismele de apărare (defensele) sunt alloplastice (subiectul încearcă să schimbe mediul sau să adapteze mediul la necesitățile sale, dar nu invers);
- trăsăturile dezarmonice sunt ego-sintonice, subiectul nu-și consideră trăsăturile anormale, din acest motiv vina pentru acțiunile sale dezadaptate este transferată asupra celorlalți, el considerând că atitudinile sale sunt justificate;

- Super-eul acestor subiecți nefiind format normal alterează idealurile și valorile etice ale grupului social, iar Super-eul prea rigid impune acțiuni compulsive pentru echilibrarea pulsionilor pe care nu le poate filtra Eul;
- modificarea afectivității este complexă și privește intensitatea, adecvarea și constanța reacției emoționale, cea mai frecventă fiind instabilitatea afectivă, care se referă la fluctuațiile stării de dispoziție, ca reacție la stimulii neplăcuți din mediu (frustrări, rejecție și critici) și care sunt rapid reversibile, mai ales în condițiile când subiectul este recompensat. Răspunsul afectiv este exagerat; - în cazul personalității histrionice sau aplatizat - în cazul personalității schizotipale. Lipsa aparentă de modulare afectivă se întâlnește la tulburarea de personalitate borderline, narcisică, antisocială, dar aceasta se referă doar la ceea ce-i legat de ceilalți, nu și de subiect, care manifestă sentimente puternice față de propria persoană;
- impulsivitatea și agresivitatea sunt manifestate prin tendința de a-și externaliza conflictele prin comportament autoagresiv sau/și heteroagresiv, declanșat la stimuli minori. Aceste trăsături sunt asociate tulburării de personalitate antisociale și borderline, în cazul cărora prevalează traumele narcisice, fapt care explică episoadele psihotice din aceste afecțiuni, dar sunt și trăsături caracteristice pentru tulburările nevrotice, în cazul cărora funcțiile agresivității sunt deviate;
- relațiile interpersonale sunt dificil de stabilit și pline de tensiune, iar incapacitatea de a menține relațiile interpersonale, de a se adapta social determină anxietate și depresie, ca funcție a autoagresivității sau heteroagresivității.

La fel sunt prezente și seturi de simptome specifice fiecărei tulburări, care se referă în mare parte la formele de dezadaptare socială și familială a subiectului.

Etiologia tulburărilor de personalitate continuă să fie un teren de dezbateri a mai multor teorii, nefiind încă stabilită. Opiniile oscilează între definirea tulburărilor de personalitate ca fiind caracteristici constituționale (innăscute) sau dobândite. Astfel, tulburările de personalitate sunt determinate de diferite grupuri de factori: genetici, educaționali, cât și factori psihodinamici.

Factorii genetici sunt determinați de studiile cercetătorilor americani, efectuate pe 15000 perechi de gemeni, arhicunoscute prin exemplaritatea lor, care demonstrează convingător aportul factorilor genetici în producerea tulburărilor de personalitate. La gemenii monozigotici, concordanța pentru tulburările de personalitate a fost de 3-4 ori mai mare decât cea observată la gemenii bizigotici. Chiar crescuți și educați separat, gemenii monozigotici sunt aproape similari în predispozițiile lor pentru acest tip de patologie a personalității.

Rolul hormonilor în inițierea și susținerea comportamentelor agresive este crescut pe plan etiologic la primate, prin corelarea nivelurilor de androgeni cu agresivitatea și comportamentul sexual, iar la oameni este demonstrat de nonsupresia la dexametazonă la personalitățile borderline cu fenomene depresive concomitente. Persoanele cu nivelurile scăzute de monoaminoxidază plachetară sunt mai active și mai dinamice în comparație cu cele având niveluri crescute de monoaminoxidază trombocitară. Nivelurile de acid 5-hidroxiindolacetic – metabolitul serotoninei - sunt scăzute la persoanele cu tentative de suicid și comportamente impulsive și agresivitate manifestă.

Mărirea serotoninei, cu ajutorul medicamentelor serotonergice de tipul fluoxetinei, ar produce chiar și modificări ale anumitelor trăsături de personalitate. O dată cu reducerea fenomenelor depresive, serotonina ar ameliora și alte fenomene neafective cum ar fi: impulsivitatea, rumațiile obsesionale, sensibilitatea la rejeț, toleranța la frustrare. Modificările în sistemul serotoninic – care ar părea implicat în medierea inhibiției comportamentale – au fost constatate la un număr semnificativ de crescut de pacienți borderline și de tip antisocial.

Personalitățile schizotipale au prezentat, în perioadele de viraj psihotic, o creștere a activității dopaminergice. Neurotismul ar fi influențat, după unele cercetări foarte recente, de existența a două alele ale unei gene implicate în sinteza unui transportor al serotoninei.

Tulburarea antisocială de personalitate, ca și tulburarea schizotipală ar avea o componentă genetică substanțială, cu tot rolul important pe care l-ar juca existența unor traume psihologice în prima copilărie, legate de tratamentul brutal și abuzurile fizice și sexuale la care au fost expuse aceste persoane, mai ales din categoria celor cu comportamente antisociale.

Factorii educaționali și de mediu ambiant se traduc prin favorizarea producerii unor tulburări de personalitate, la cei crescuți de mame hiperexigente, hiperprotective sau excesiv de anxioase (personalitate obsesională, pasiv-dependentă sau evitantă). Mediile culturale care încurajează agresivitatea produc un număr mare de personalități paranoide și antisociale.

Aportul factorilor psihodinamici este reflectat în studiile lui S.Freud, care consideră că trăsăturile de personalitate sunt rezultanta unor fixații, la una din stadiile de dezvoltare psihosexuală. Astfel, persoanele cu caracter oral dezvoltă trăsături caracteriale pasive și dependente, din cauza fixației în stadiul oral, în care dependența față de alții, pentru satisfacerea nevoilor alimentare, este dominantă. Persoanele cu caracter anal sunt încăpățânate, economice, hiperconștiincioase din cauza luptei pentru controlul abilității sfincteriene din faza anală a dezvoltării psihosexuale.

Însă și Wilhelm Reich, prin crearea noțiunii de armură caracterială pentru a defini caracteristicile stilurilor defensive ale unei personalități, care se protejează de impulsurile interne libidinale și anxietatea interpersonală din relațiile cu persoanele semnificative, confirmă supozițiile lui S.Freud referitoare la importanța factorilor psihodinamici la formarea caracterelor patologice.

Înțelegerea mecanismelor de defensă a ego-ului, pe care le folosește cu predilecție o anumită personalitate, poate ajuta la definirea unui tip de personalitate, atât în condiții de funcționare normală, dar mai ales pentru recunoașterea tipului de patologie caracterială pe care o anumită personalitate o prezintă. Astfel, personalitatea paranoidă folosește cu precădere proiecția, în timp ce personalitatea schizoidă recurge la retragerea în sine. Când mecanismele de defensă acționează efectiv, indivizii cu tulburări de personalitate își pot controla sentimentele de anxietate, depresie, mânie, teamă și alte stări de afect. Homeostaza lor internă este sintonă, deși le creează dificultăți reale în planul relațiilor cu alte persoane sau cu instanțe sociale de menținere a ordinii și echilibrului social.

Principalul motiv al refuzului de a accepta tratamentul este incapacitatea lor de a realiza anormalitatea, atât timp cât mecanismele lor de apărare le asigură o stare aparentă de confort intern prin controlul cu orice preț al afectelor dezagreabile. Ei nu suportă frustrările și decepțiile inerente vieții normale, recurgând prin mecanisme de scurtcircuitare la evitarea confruntării cu realitatea și, deci, la acceptarea ei cu simț realist și al respectării valorilor unanim acceptate de societate. Deși mecanismele acestor persoane sunt rigide, imuabile și impenetrabile, uneori există un registru comportamental care face apel la mai multe mecanisme de defensă.

Registru comportamental rigid, repetitiv, aproape stereotip al acestor persoane, face apel la anumite mecanisme de apărare – procese psihice inconștiente care împiedică materialul refulat și pulsuniile libidinale să devină conștiente – și care pot fi înțelese în sens generic, cu echivalarea semantică a expresiilor psihanalitice în conținuturi cognitiv-comportamentale, folosite mai ales în psihiatria modernă.

Astfel, conform descrierii lui L.A. Hjielle și D.J.Ziegler, aceste mecanisme de apărare, fiecare din ele având rolul său în formarea caracterelor patologice ale persoanelor ulterior diagnosticate cu tulburări de personalitate, sunt la rândul lor împărțite în defense narcisice, imature și nevrotice, cele mature fiind rar sau deloc elaborate de persoanele cu caracter patologic.

În consecință, conform concepției lui G.Ionescu, enumerăm în continuare mecanismele de apărare cel mai frecvent implicate în tulburările de personalitate.

Negarea este un mecanism de apărare prin care evenimentele reale, neconvenabile homeostazei idilice ale individului, sunt excluse din conștiință, anihilate sau distorsionate prin modificarea semnificațiilor.

Fantezia constă în recurgerea la imaginarea unor situații, evenimente și persoane prin care incapacitatea de relaționare în existența reală își găsește un refugiu temporar din calea anxietății provocată în confruntarea cu viața reală și oamenii reali care o populează.

Disocierea este un mecanism la care recurg mai ales personalitățile histrionice și prin care afectele neplăcute, generatoare de anxietate și disconfort, sunt înlocuite cu stări afective plăcute acceptate de aceste persoane, vulnerabile de altfel și doritoare de a fi în centrul atenției și al laudelor pentru calități reale, dar mai ales inexistente.

Izolarea este un mecanism caracteristic pentru personalitățile excesiv de ordonate, obsedate de detalii și performanțe, conforme cu reguli stricte, de la a căror abatere nu pot să se sustragă fără anxietate și profundă nemulțumire.

Proiecția constă în atribuirea propriilor sentimente, intenții, suspiciuni, nerecunoscute ca atare, altor persoane, cu o întregă doză de revoltă pe care o presupune reacția firească a unui om nedreptățit față de actele de injustiție, lipsă de loialitate și grațitudine, ceea ce caracterizează în fond gândirea paranoică.

Splitting-ul explică modul de funcționare al gândirii și comportamentelor ambivalente în care întregul este divizat în aproape toate situațiile, în părți fie numai bune sau numai rele. Această gândire dichotomică și extremistă este folosită într-o formă extremă de bolnavul psihotic, dar ea este în bună măsură apanajul personalității borderline, ce recurge deseori la splitting pentru a-și rezolva stările conflictuale interne sau externe.

Acting-out înseamnă de fapt traducerea prin acțiune a conflictelor și dorințelor inconștiente cu scopul de a evita fie starea de afect dezagreabilă, fie ideea ce acompaniază dorințele inconștiente ce pun în mișcare declanșarea acestui mecanism.

În concluzie subliniem că psihopatul recurge mai frecvent la defense cu gratificare imediată și ajustare pe termen scurt și evită defensele de tip matur, care constituie un armistițiu pe termen lung între Eu și Super-eu cu satisfacerea nevoilor spiritual-umanizate ale generozității și altruismului.

Un concept de bază pentru a înțelege formarea caracterului persoanelor ce prezintă tulburări de personalitate este noțiunea de narcisism, introdusă de S.Freud pentru a caracteriza circulația energiei între subiect și obiect. Mai târziu, H.Kohut și O.Kernberg au elaborat mai multe condiții pentru dezvoltarea normală a narcisismului și factorii ce duc la deformarea acestei dezvoltări. Copilul dezvoltă propriul Eu în procesul permanent de schimb de semnale cu mediul înconjurător, hotărâtoare fiind autodefinirea copilului prin mamă (oglinza narcisică în care se privește copilul și care este strălucirea ochilor mamei), precum și posibilitatea de a idealiza și de a interioriza reprezentarea unuia din părinți, în majoritatea cazurilor a tatălui, pentru a o transforma în Eu-ideal. Formarea reprezentării interioare a Eu-lui, autoidentificarea și separarea sunt condițiile unei dezvoltări normale. Deficitul acestor condiții duce la minimalizarea empatiei cu mama, care în final conduce spre decepționarea în imaginea idealizată a părinților, conducând copilul spre elaborarea fantasmelor despre propria grandoare, intangibilitate, caracteristici de bază ale psihozelor și ale tulburărilor de personalitate cu caracteristici psihotiforme.

S.Freud consideră că din orice traumă, frustrare, din perioada parcurgerii complexelor, rezultă o fixație în acea perioadă de dezvoltare – referindu-ne la registrul de dezvoltare psihosexuală curent și care începe să elaboreze defensele caracteristice pentru fiecare tip de traumă. Frustrările din perioada orală (0-18 luni) și din registrul falic (3-6 ani) generează tulburarea de personalitate evitantă și dependentă, tulburări ce au aceeași origine ca și nevroza isterică. Problema de bază a acestor tulburări de personalitate este emergența conflictului oedipian care, de cele mai multe ori, elaborează defense ca refularea, proiecția și negarea. Conflictul în acest caz, din punct de vedere topic, are loc între Sine și Eul supus presiunii din partea Super-eu-lui. Dinamic aceasta se explică prin faptul că pulsuniile din Sine nu pot trece de cenzura Eu-lui la intervenția Super-eu-lui și reprezentările lor sunt refulate. Din punct de vedere economic, o parte din energia psihică este întoarsă în Sine prin refulare, iar o altă parte se exteriorizează prin reprezentările comportamentale sau psihosomatice.

Frustrările din perioada anală (1,5-3 ani), de cele mai deseori, conduc la formarea caracterului obsesiv-compulsiv, care rezultă din frica castrării. Mecanismele de apărare specifice acestei tulburări sunt substituția, regresia și anularea retroactivă. Din punct de vedere topic, acest conflict este rezultatul tensiunii dintre Eu și acel Super-eu rigid, caracterizat prin ambivalența dintre pulsuni și Super-eu. Economic, acest conflict are loc în următorul mod: pulsuniile sadice și ostile din Sine sunt percepute de Eu ca fiind amenințătoare și sunt respinse ferm de Super-eu; se echilibrează energia pulsuniilor sadice prin compulsii.

Conflictul nevrotic al individului matur este varianta individuală a conflictului din geneza timpurie, ca de exemplu, conflictul cu mediul proxim sau depărtat, conflictul de dependență/independență, conflictul de autonomie - conflictul de distanțare/apropiere, conflictul de separare, conflictul narcisic – agresiv sau oedipian – sexual, conflictul de autoapreciere, rezultat din parcurgerea complexului castrării și imunitatea obținută la situațiile frustrante.

Predispoziția nevrotică apare în urma soluționării neadecvate a problemei de dezvoltare care rămâne refulată, dar are aceeași intensitate ca de la început. Refularea se referă la efortul pozitiv de a diminua anxietatea și se reflectă în reacțiile secundare de ușurare (de exemplu, în agresivitate neadecvată urmată de supunere a unui copil care de obicei este calm și ascultător). Situația de seducție-interdicție, care se referă la cazurile când pulsuniile refulate, puternice și importante pentru adult, apar în același timp cu amânarea recompensei anterioare pentru suprimarea interdicției primare recompensate, poate duce la simptomatice nevrotice în care pulsuniile refulate, dar care produc plăcere instinctivă se asociază cu noi defense, apar cu scopul micșorării anxietății. În acest caz, putem vorbi de o suprapunere a mecanismelor de apărare, situație care îngreunează substanțial accesul la conflictul în cauză.

Tulburările de personalitate diferă de nevroze atât prin gradul de intensitate a simptomelor, cât și prin faptul că sunt reacții „cristalizate”, care s-au produs suficient de devreme încât să nu permită formarea adecvată a Eu-lui. Desigur, ținând seama de complexitatea și individualitatea ființelor umane, frustrarea, care este ușor depășită sau sublimată de unii indivizi, altor indivizi le creează stări nevrotice sau nevroze ca atare, iar

în cele mai nefericite cazuri, datorită faptului că Eul n-a reușit să se formeze, să se „întărească”, subiecții în cauză dezvoltă tulburări de personalitate.

Pentru a înțelege formarea caracterului narcisic, cât și procesele ce au loc într-un psihic narcisic, este necesar a înțelege funcțiile agresivității. Nu tindem să interpretăm agresivitatea ca fiind un factor negativ, ci, dimpotrivă, agresivitatea este baza oricărui mecanism de protecție și de activitate, este forța motrice a civilizației. În fine, datorită manifestărilor ei, specia umană „a ieșit la vânătoare”, aceasta fiind premisa pentru expansiunea și dezvoltarea speciei. Inclusiv, existența lucrării date este rezultatul funcției agresivității, fapt care ne-a făcut să studiem, căci studiul presupune acapararea cunoștințelor, deci, este o formă de expansiune. Manifestările agresivității care au efecte negative nu țin de o altă formă de agresivitate, ci, pur și simplu, de dozarea și canalizarea ei, adică același impuls agresiv la o dozare și direcționare anumită poate fi extrem de nociv, iar la modificarea dozei și direcției poate avea efecte pozitive. Ceea ce vom numi în continuare agresivitate patologică se referă la perturbarea funcției normale a agresivității atât în domeniul cantitativ, dozarea, cât și calitativ, adică însăși mecanismul circulării ei și interacțiunea cu energia libidinală, care în cazurile funcționării patologice nu mai pot fi separate și se canalizează simultan în aceeași direcție.

Din moment ce agresivitatea joacă un rol fundamental în formarea și evoluarea tulburărilor de personalitate, apare necesitatea definirii ei. J.Laplanche și J.-B.Pontalis definesc agresivitatea ca fiind tendința sau ansamblul de tendințe care se actualizează în conduite reale sau fantasmaticе ce țin să facă rău altuia, să-l distrugă, să-l constrângă, să-l umilească etc. În aceeași lucrare se mai atenționează că agresivitatea dispune și de alte modalități decât acțiunea directă motorie violentă și distructivă, deoarece nu există conduită, fie ea negativă ca în cazul refuzului de ajutor, de exemplu, sau pozitivă, simbolică, precum ironia, ori efectiv realizată, care să nu poată funcționa ca agresivitate.

Datorită perturbării circulației energiei psihice, în cazul tulburărilor de personalitate accentuat narcisice, agresivitatea se canalizează în interiorul persoanei, devenind autoagresivitate, fapt care este demonstrat de rata extrem de mare de sinucideri între acest gen de persoane, care se află într-un război permanent cu ei înșiși, dar și cu ceilalți. Se întâmplă ca în mod paradoxal autoagresivitatea să genereze heteroagresivitate, pentru a o transforma apoi, prin mecanisme masochiste de autoculpabilizare iarăși în autoagresivitate. Acest ciclu nu se poate întrerupe de la sine, ci doar la intervenția psihoterapeutului, chiar și așa neavând prea mari șanse de optimism. După cum am mai menționat, energia agresivă acționează în aceste cazuri simultan cu energia libidinală, autoagresivitatea și heteroagresivitatea, îndeplinind și funcțiile de autostimulare, și funcțiile de autosatisfacere. La acest mecanism vom reveni când vom intenționa tratarea temei tulburării sado-masochiste.

Termenul de narcisism apare pentru prima dată la S.Freud în 1910, pentru a explica alegerea de obiect la homosexuali. Aceștia se iau pe ei înșiși drept obiect sexual, căutând tineri care le seamănă și pe care-i pot iubi așa cum propria mama i-a iubit pe ei. Descoperirea narcisismului îl determină pe Freud să afirme existența unui stadiu intermediar al evoluției sexuale, între autoerotism și iubirea obiectuală, unde subiectul începe prin a se lua pe sine însuși și propriul corp drept obiect de iubire, ceea ce permite o unificare a pulsuniilor sexuale. Mecanismul de circulație a energiei se referă la investiții și reinvestiri, în cazul caracterului narcisic, libidoul reinvestește Eul dezinvestind obiectul, referindu-se la un fel de conservare a energiei libidinale. „Eul trebuie considerat ca un mare rezervor de libido, de unde libidoul este trimis spre obiecte, el fiind întotdeauna gata să absoarbă libidoul care revine de la obiecte”.

Astfel, putem susține că în timpul circulării energiilor menționate, celălalt este pentru subiect doar o oglindă spre care se trimite o încărcătură libidinală doar pentru a se reflecta și a reveni (împreună cu imaginea înglobată) înapoi la emitent; cu cât crește mai mult investirea în obiect, cu atât se dezinvestește Eul, și invers.

La etapa incipientă a formării ființei umane, narcisismul este un factor natural, care influențează fiecare persoană, iar parcurgerea normală a acestei etape asigură dezvoltarea armonioasă de mai departe. Starea precoce în care copilul investește tot libidoul asupra sa este denumită narcisism primar și este caracterizată prin absența totală de relații cu mediul, printr-o nediferențiere a Eu-lui și Sine-lui, și-și găsește prototipul în viața intrauterină, somnul reprezentând o reproducere mai mult sau mai puțin perfectă a ei. Narcisismul de care vorbim în cazul tulburărilor de personalitate este denumit narcisism secundar, el desemnează o întoarcere asupra Eu-lui a libidoului, retras din investițiile sale obiectuale, mecanism descris mai sus.

Caracterul narcisic ține de fixarea unui conflict în etapa orală de dezvoltare, caz în care se abate circularea energiei psihice, care nu mai poate circula în exterior, pentru a se suplimenta cu informații și trăiri din mediu și formează un circuit închis, canalizându-se exclusiv în interiorul psihismului. Formarea caracterului narcisic este determinată de traumatismele produse în perioadele precoce ale dezvoltării ființei umane, din perioada intrauterină până la ieșirea din perioadă anală de dezvoltare psihosexuală. Situațiile de comportament neadecvat, ambivalent, abandonarea din partea persoanelor în grija cărora se află copilul sunt cele mai frecvente impulsuri pentru crearea caracterelor patologice.

Astfel, putem conchide că formarea caracterului narcisic ține de mai mulți factori, cum ar fi traumatismele intrauterine sau cele din timpul nașterii, abandonul din partea mamei, grija abuzivă față de copil, comportamentul sadic, excesiv de autoritar sau comportamentul ambivalent al părinților, cât și de izolarea de grupul de sibliși.

Modelul nou de diagnosticare a tulburărilor specifice de personalitate

În Moldova a fost elaborat un model nou de diagnosticare a tulburărilor specifice de personalitate și ale sindroamelor focale, de tip categorial, modelul nostru de diagnosticare fiind elaborat cu scopul de a diagnostica cu maximă acuratețe tulburările de personalitate, ținând cont de toate simptomele pe care le prezintă un subiect, nu doar de cele mai vizibile.

După observarea lacunelor modelului clasic din DSM IV și ICD X, modele care nu țin cont de simptomele-satelit ale unei tulburări specifice de personalitate și nici de intensitatea simptomelor, am ajuns la concluzia că este necesar un nou model de diagnosticare.

Inovațiile științifice reflectate în factorii noi introduși în modelul nostru oferă acuratețea, flexibilitatea și obiectivitatea unui model modern și dinamic de diagnosticare a tulburărilor specifice și specifice de personalitate. Modelul a fost elaborat pornind de la trei premise de bază.

Prima premisă constă în certitudinea că orice tulburare specifică de personalitate poate fi diagnosticată doar în cazul în care se identifică un anumit număr de simptome obligatorii. Deoarece criteriile de diagnostic general validate nu specifică care anume dintre simptome sunt obligatorii și care sunt auxiliare sau complementare, de cele mai deseori menționându-se că este suficient să se identifice doar un anume număr din simptomele specificate în setul de criterii de diagnosticare (de ex., minim patru din șapte simptome enunțate), am decis să introducem un nou factor, cu ajutorul căruia să detașăm simptomele cruciale dintr-o tulburare de personalitate de cele care completează tabloul clinic. Am numit acest nou factor *obligativitatea simptomului*. Obligativitatea indică simptomele obligatorii fără de care nu poate fi atestată un tip de tulburare specifică de personalitate. Pentru a menține acuratețea modelului, limita de simptome obligatorii este stabilită la maximum două pentru fiecare tip de tulburare specifică de personalitate, având ca scop fixarea setului obligatoriu de simptome și nepermițând dizolvarea lor în cadrul mai multor tulburări. Un factor decisiv pentru stabilirea a doar două simptome obligatorii per tulburare este evitarea dublării informației, în scopul obținerii tulburării prevalente.

A doua premisă constă în conceptul de bază al cercetării că majoritatea simptomelor se întâlnesc în foarte multe tulburările psihice și că simptomele din cadrul unei tulburări specifice de personalitate nu au aceeași valoare și importanță. În scopul creării unui model de diagnostic exact și susceptibil la valoarea fiecărui simptom din cadrul tulburării de personalitate, am introdus un alt factor inovator pe care l-am numit *pondere*. Ponderea este factorul care indică, pe o scală de la 1 la 10, importanța și valoarea fiecărui simptom în cadrul fiecărui tip de tulburare specifică de personalitate. Factorul menționat vizează diferențierea fină în simptomatica fiecărui tip de tulburare specifică de personalitate.

Cea de-a treia premisă se bazează pe observația faptului că tulburarea de personalitate este determinată nu doar de prezența unui anume set de simptome, ci este determinată și de intensitatea fiecărui simptom resimțit. Ca urmare, am introdus un factor primordial în cadrul cercetării - *coeficientul de intensitate*. Acesta este factorul care amplifică prin intensitatea sa valoarea simptomelor specifice pentru a atesta tulburările specifice de personalitate și în funcție de intensitatea simptomelor. Considerăm că această inovație a făcut sistemul sensibil la intensitatea simptomului resimțit de subiect, mai ales că coeficientul de intensitate multiplică apoi valoarea răspunsului. Am ales să folosim operația de multiplicare și nu de sumare cu scopul de a detașa mai evident simptomele resimțite intens de celelalte simptome. Astfel, modelul nostru presupune diagnosticarea tulburărilor de personalitate prin răspunsul la anchetele special concepute în acest scop.

Prima etapă a oricărui diagnostic este reprezentată de o ipoteză asupra unei patologii, identificată fie pe baza tabloului simptomatologic, fie pe baza antecedentelor patologice. Pornind de la această prezumție, am elaborat ancheta de orientare. Întrebările din ancheta de orientare presupun că subiectul deja are un oarecare motiv să inițieze diagnosticul și este într-o oarecare măsură conștient de originea tulburării sale.

Elaborarea anchetelor de diagnosticare a tulburărilor specifice de personalitate a fost efectuată după principiul că fiecare răspuns la întrebarea din anchetă se referă la prezența unui simptom specific. Anchetele sunt alcătuite din întrebări relativ simple, care pornesc de la necesitatea de a cunoaște capacitățile subiectului de orientare spațială, a abilităților sale de a scrie și de a citi până la evaluarea stărilor afective. Răspunsurile la întrebările din anchete sunt prelucrate cu ajutorul factorilor introduși de noi, *obligativitatea, ponderea și coeficientul de intensitate*.

Considerăm că această prelucrare a datelor ne dă posibilitatea să diagnosticăm chiar și simptomele cu intensitate joasă, să ordonăm simptomele din cadrul tulburărilor specifice de personalitate conform ponderilor lor și să oferim exactitate diagnosticării prin obligativitatea simptomului diagnosticat.

Rezultatele

Rezultatele testării SEAD pentru tulburările specifice de personalitate sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Tabel

Denumirea tulburării specifice de personalitate	Numărul de pacienți testați, cu diagnostic confirmat	Procentajul minim acordat de SEAD (%)	Numărul de pacienți ce au acumulat procentajul maxim de 100%
Tulburarea anxios-evitantă de personalitate	8	93,1	1
Tulburarea dependentă de personalitate	5	90,12	4
Tulburarea antisocială de personalitate	6	92,33	4
Tulburarea paranoidă de personalitate	6	93,58	0 (sistemul a depistat o maximă de 94,12%)
Tulburarea schizoidă de personalitate	4	100	4
Tulburarea histrionică de personalitate	9	90,60	3
Tulburarea borderline de personalitate	7	94,24	3

Din tabel observăm că prezența tulburării stabilite oficial în clinică a fost diagnosticată de SEAD în proporție de 90% la cei 45 pacienți cu diagnostic confirmat. Rezultatele testării SEAD a tulburărilor specifice de personalitate au confirmat ipoteza lucrării, conform căreia se poate diagnostica drept prezentă o TSP în cazul când în urma testării SEAD se confirmă prezența ei, iar proporția de 90% este mai mult decât suficientă pentru a afirma prezența tulburării, de regulă, considerându-se ca fiind suficientă prezența a 60% din simptome.

Concluzii

Cercetarea efectuată ne-a permis să elaborăm un model de diagnosticare a tulburărilor specifice de personalitate, care a stat la baza elaborării unui sistem performant și rapid de diagnosticare a tulburărilor ce afectează determinant personalitatea indivizilor. Sistemul electronic de asistență diagnostică (SEAD) corespunde expectațiilor și cerințelor puse față de el.

Modelul de diagnosticare a tulburărilor de personalitate, care a stat la baza elaborării sistemului electronic, presupune nu doar diagnosticarea tulburărilor actuale, ci și diagnosticarea simptomelor caracteristice pentru alte tulburări de personalitate.

Inovațiile științifice reflectate în factorii noi introduși în modelul nostru oferă modelului acuratețea, flexibilitatea și obiectivitatea unui model modern și dinamic de diagnosticare a tulburărilor specifice și specifice de personalitate. Considerăm că prelucrarea datelor cu ajutorul factorilor științifici noi ne dă posibilitatea să diagnosticăm chiar și simptomele cu intensitate joasă, să ordonăm simptomele din cadrul tulburărilor de personalitate conform ponderilor lor și să oferim exactitate diagnosticării prin obligativitatea simptomului diagnosticat.

Astfel, SEAD, în primul rând, este un instrument de diagnosticare rapidă, deoarece testarea unui subiect durează maximum 6 minute. Această caracteristică a SEAD permite diagnosticarea unui număr mare de subiecți, mai ales în cazul când sistemul va fi folosit ca instrument de determinare a tipului de personalitate în școli sau organizații cu mult personal. De asemenea, această caracteristică permite diagnosticarea în regim de urgență, atunci când este vorba de o criză psihologică sau când trebuie cât mai repede soluționat un dosar judiciar.

În al doilea rând, SEAD reprezintă o metodă complexă de diagnosticare. Sistemul răspunde tuturor situațiilor de tulburări ale personalității atât provocate de o tulburare specifică de personalitate, cât și ale celor provocate de un sindrom focal. Astfel, utilizând sistemul electronic de diagnosticare nu va mai fi nevoie de a întrebuița și alte teste, SEAD corespunzând tuturor situațiilor de patologie a personalității.

În al treilea rând, SEAD dispune de un „motor” de calculare rapidă și precisă a probabilităților prezenței sindroamelor specifice și tipurilor de tulburări specifice de personalitate. Precizia sistemului este determinată atât de către factorii noi introduși, cât și de algoritmul progresiv de calcul a probabilității prezenței unei tulburări de personalitate.

În al patrulea rând, sistemul este o modalitate accesibilă specialiștilor cu o experiență mică și/sau începătorilor, fapt care permite utilizarea largă a metodei. Atât utilizarea sistemului precum și interpretarea rezultatelor testării se fac automat de către sistem, astfel limitând necesitatea de a pregăti specialiști în utilizarea sistemului. În aceeași ordine de idei, SEAD este un instrument care reduce influența factorilor perturbanți asupra rezultatelor testării, adică reduce influența factorilor personali ai examinatorului (lipsa de experiență, lipsa pregătirii speciale, oboseală, dezinteres, loialitatea față de un anumit curent științific, antipatie, simpatie sau altă situație de contratransfer etc.), prin intermediul standardizării chestionarului de preluare a datelor și al raportului final.

În al cincilea rând, SEAD prezintă un grad înalt de flexibilitate, datorită actualizării frecvente a datelor și receptivității sistemului la apariția datelor noi (integrarea imediată în prelucrare), cât și colaborare la distanță. Această opțiune este accesibilă odată cu recepționarea parolei de administrator al sistemului și permite modificarea simptomelor, factorilor care influențează asupra acurateței sistemului, totodată, și a modulului de calcul. Toate modificările se efectuează electronic, la locul instalării sistemului. Astfel, sistemul este perfect adaptabil diferitelor situații de aplicare a lui.

În al șaselea rând, sistemul permite vizualizarea în ansamblu a simptomatiei psihice a subiectului, afișând întreaga listă de probabilități, în formă procentuală, fapt care permite evaluarea nu doar a caracteristicilor patologice dominante, ci și a celor secundare. De asemenea, sistemul este prevăzut și cu un instrument de stocare a datelor, care permite prelucrarea lor statistică ulterioară, în vederea obținerii caracteristicilor dinamice de evoluție sau involuție a unei tulburări de personalitate. Obținerea datelor din sistem este prevăzută în sistemul său de raportare.

Testarea sistemului pe lotul de subiecți experimentali a demonstrat eficiența diagnosticării cu SEAD în proporție de 90% din cazurile cu diagnostic confirmat. Iar inovațiile științifice folosite în SEAD s-au dovedit a fi factorul determinant al reușitei acestei structuri electronice, deoarece am obținut un sistem diagnostic ce poate reda diagnosticarea intuitivă de care dau dovadă unii dintre cei mai buni specialiști, dar într-o formă accesibilă pentru toți.

Bibliografie:

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision, 2000.
2. Georgescu M. Psihiatrie. Ghid practic, 1998.
3. Ionescu G. Tulburările personalității, Ed. Asklepios, 1989.
4. Kernberg O.F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies, Yale University Press, 1984.
5. World Health Organisation, Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1992.

Prezentat la 14.04.2010