

CZU: 616.89

## MODIFICĂRI ALE REALITĂȚILOR PSIHOPATOLOGICE: DINAMICI ȘI PROVOCĂRI

Zinaida BOLEA

Universitatea de Stat din Moldova

Articolul prezintă o analiză a modificărilor psihopatologice în ultimul secol. Cercetarea clinică, atât din perspectivă nomotetică, cât și ideografică, a permis identificarea unei dinamici a manifestărilor psihopatologice și a felului în care diverși factori sociali, istorici, culturali și economici influențează dimensiunea clinică în funcționarea umană. Sunt analizate traiectoriile de transformare a unor realități psihoclinice, precum patologia isterică, patologia de limită, patologia narcisică. Autorul scoate în evidență dinamica patologiilor menționate, în mod special frecvența crescută a patologiei de limită și a patologiei narcisice în ultimele decenii. Sunt prefigurate anumite ipoteze privind transformările nosologice care au marcat spațiul Republicii Moldova în ultimele trei decenii, referințele centrale fiind fenomenele social-economice (precum sărăcia sau migrația) ca factori determinanți în apariția noilor forme de manifestări clinice, care au pus în fața psihologilor clinicieni noi deziderate în aspect științific, preventiv și curativ.

**Cuvinte-cheie:** *patologie isterică, patologie de limită, patologie narcisică, tulburare de personalitate narcisică, perversitate narcisică.*

### MODIFICATIONS OF PSYCHOPATHOLOGICAL REALITIES: DYNAMICS AND CHALLENGES

The article presents an analysis of psychopathological modifications during the last century. Clinical research, both from a nomothetic and ideographic perspectives, has allowed the identification of a dynamic of clinical manifestations and the way in which various social, historical, cultural and economic factors influence the clinical dimension in human functioning. The paper analyzes the trajectories of transformation of clinical pathologies such as hysterical pathology, borderline pathology and narcissistic pathology. The author highlights the dynamics of these pathologies, especially the increased frequency of borderline pathology and narcissistic pathology in the last decades. In the paper some assumptions about the nosological transformations that were on the territory of the Republic of Moldova over the last three decades, are formulated the central references being socio-economic phenomena such as poverty or migration - as determinants in the emergence of new forms of clinical manifestations which have been put forward by clinical psychologists new objectives in scientific, preventive and curative aspects.

**Keywords:** *hysterical pathology, borderline pathology, narcissistic pathology, narcissistic personality disorder, narcissistic perversity.*

### Introducere

Clinica psihologică nu mai este așa cum era o sută și ceva de ani în urmă, dacă e să luăm ca referință cronologică apariția primelor școli psihologice: psihanaliza, behaviorismul și existențialismul. Psihologia clinică s-a dezvoltat prin colaborare cu psihiatria, realitate solicitată de necesitățile beneficiarului. Psihologii clinicieni au asistat și asistă în continuare la dinamica transformării nosologiei psihice, această dinamică fiind un indiciu al complexității, flexibilității și adaptabilității, dar, în același timp, al sensibilității și al vulnerabilității psihicului uman. Edițiile Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM) se schimbă – suntem la a cincea ediție, care vine ca urmare a îmbunătățirii criteriilor de analiză nosologică, precum și a unor schimbări în manifestările psihice. Se știe că unele entități nosologice au dispărut din manualele de statistică și diagnostică a tulburărilor mentale, altele s-au modificat. Patologia isterică a avut în acest sens una dintre cele mai spectaculoase dinamici. Intrată în spațiul psihiatriei și neurologiei în mod special prin Charcot, preluată de Freud și Breuer, isteria a constituit o sursă importantă de inspirație pentru psihiatrie, neurologie, psihanaliză. Marea criză isterică, sau criza Charcot, era alcătuită din câteva etape care aveau o logică indescifrabilă pentru clinicieni și reprezentau un adevărat spectacol. Pe la mijlocul secolului trecut această tulburare a dispărut atât din cotidianul medical, cât și din manuale, iar patologia isterică a luat alte forme (ca urmare a culturii generale, medicale și psihologice, dar și a dezvoltării psihofarmacologiei). O caracteristică certă și continuă a isteriei pare a fi capacitatea de a se adapta la diverse epoci culturale și de a dezvolta forme și scenarii nosologice noi. În ultima ediție a Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM-V), cu privire la isterie se face o referință certă la tulburarea de personalitate histrionică, fenomenele de

conversie din tulburările somatoforme și tulburările disociative și nu se mai întâlnesc sintagmele „isterie de conversie” sau „criză de isterie”, consacrate anterior [1]. Dacă unele realități psihoclinice dispar, altele apar și se diversifică, iar printre ultimele achiziții conceptuale ale clinicii psihologice sunt patologia de limită și patologia narcisică.

### **Clarificări conceptuale și etiologice privind patologia de limită**

Situată la limită între psihoză și nevroză, timp de decenii aceasta a constituit o realitate psihică greu de definit. Printre termenii prin care s-a încercat definirea acestei realități psihice au fost: „schizofrenie pseudo-nevrotică”, „pseudoschizofrenie”, iar până la urmă expresia „instabili în mod stabil” a caracterizat cel mai bine această categorie de beneficiari. Termenul „patologie de limită” a fost încetățenit în terminologie în anii 70 ai secolului trecut. Dar se pare că pacienți cu funcționare de limită existau și până atunci. Întrucât psihanaliza a oferit cele mai multe cazuri clinice longitudinale studiate și prezentate, atunci când a fost clarificat conceptul de patologie de limită, s-a constatat că celebrul pacient „Omul cu șobolani” era un caz de patologie-limită, și nu un caz de nevroză, cum presupunea Freud.

În literatura de specialitate se anunță ipoteza că patologia de limită este o realitate dezvoltată și intensificată de condițiile celei de-a doua jumătăți a sec. al XX-lea – migrația intensă, dispariția comunităților mici, diminuarea contactului cu familiile extinse, a contactului mamei cu copilul, un ritm mai alert al vieții și, respectiv, mai puțin timp și resurse psihice pentru comunicarea umană. Ceea ce se constată la ziua actuală este prevalența cazurilor-limită în cabinetele psihologilor și ale psihoterapeuților. Kreisman și Straus, referindu-se la etiologia patologiei de limită, consideră că schimbarea tiparelor sociale și ale interacțiunii părinte-copil reprezintă factori prioritari în dezvoltarea patologiei de limită. Singurătatea reprezintă, după părerea autorilor, altă realitate, care își are sursa inclusiv din realități afiliate progresului tehnologic și informațional, realitate care presupune o angajare mai mare a individului în practici solitare de muncă sau de studiu, astfel fiind sacrificate situațiile de socializare reală [2].

Noile entități nosologice sunt supuse deseori unor interpretări diferite în cadrul școlilor psihologice. În 1980 termenul „borderline” apare în DSM-III ca tulburare de personalitate și tot în această formă este anunțat și în ediția a cincea a manualului – în calitate de extremă patologică a unei structuri caracteriale. De altă părere sunt specialiștii care descriu patologia de limită ca un nivel de funcționare psihică, alături de alte două niveluri de funcționare – nivelul de funcționare nevrotic și nivelul de funcționare psihotic. Deja pe aceste trei niveluri de funcționare psihică (care presupune criterii precum mecanismele de apărare utilizate, calitatea relaționării cu obiectul, contactul cu realitatea exterioară, contactul cu realitatea interioară, identitatea de sine etc.) se suprapun tipurile de personalitate. Astfel, noile entități/forme psihoclinice mai urmează și o cale lungă de conceptualizare și reprezentare nosologică [3].

### **Clarificări conceptuale și etiologice privind patologia narcisică**

Transformările nosologice țin și de dezvoltarea instrumentarului teoretic și tehnic de analiză a diferitor realități psihice. În acest sens este relevant exemplul patologiei narcisice, care are o evoluție foarte bogată de la conceptul freudian de nevroză narcisică, care nu poate fi supusă analizei, până la elaborările contemporane care descoperă și alte fațete ale narcisismului. Cea mai frecventă reprezentare a patologiei narcisice în domeniul psihologiei clinice este cea regăsită în DSM – tulburarea de personalitate narcisică, care înglobează următoarele caracteristici: sentiment grandios de autoimportantă; fantezme de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumusețe sau amor ideal; credința că este „aparte” și unic și poate fi înțeles „numai de” ori trebuie să se asocieze „numai cu” alți oameni (sau instituții) speciali sau cu statut înalt; nevoia excesivă de admirație; sentiment de îndreptățire; pretenții exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată dorințelor sale; tendință de exploatare interpersonală; absența empatiei; prezența invidiei și proiecția pe ceilalți a propriei invidii; atitudine arogantă, sfidătoare.

Deopotrivă, în literatura de specialitate identificăm categorii nosologice narcisice care nu se regăsesc în DSM. Ne referim la cercetările lui Heinz Kohut, care în anii 60 ai secolului trecut identifică o categorie de pacienți la care predomină stima de sine scăzută, imaginea de sine negativă, stări de depresie, sentimente pronunțate de rușine în legătură cu sine, biografia și realizările lor. Pentru Kohut, acești pacienți au o tulburare a narcisismului, dar prezintă pattern-uri comportamentale, atitudinale și emoționale diferite de cel al tulburării de personalitate narcisică din DSM: sunt timizi, neîncrezători, singuratici, dar profund narcisici prin permanenta preocupare de sine. Psihiatrul american Glen Gabbard diferențiază în acest sens *narcisicul neatent*

și *narcisicul hipervigilent*. Narcisicul neatent are trăsăturile asemănătoare cu cele din DSM pentru tulburarea de personalitate narcisică: nu este conștient de reacțiile celorlalți; arrogant și agresiv; egocentric; simte nevoia de a fi în centrul atenției; are un emițător, nu și un receptor; aparent insensibil la rănirea sentimentelor de către ceilalți. Narcisicul hipervigilent, pe același filon narcisic, prezintă alte caracteristici: foarte sensibil la reacțiile celorlalți; inhibat, retras și chiar închis în sine; își direcționează atenția mai mult către alții decât către sine; evită de a fi în centrul atenției; îi ascultă pe ceilalți cu atenție pentru dovezi de a-i desconsidera sau critica [4].

Poate una dintre cele mai extravagante și, în același timp, clarificatoare teorii privind formele nosologice ale narcisismului sunt cele ca aparțin școlii franceze de psihiatrie și de psihanaliză. Pentru reprezentanții acestei școli suferința narcisică nu se înscrie în anumite entități nosologice concrete, ci este reprezentată de o suferință narcisic-identitară, care va lua diferite forme. Astfel, Roussillon și col. (2005) identifică două dimensiuni centrale în procesul de structurare a suferinței narcisice: *travaliul de separare* și *travaliul de individualizare*. Rezultatul dorit al travaliului separării este capacitatea de a se separa, păstrând totodată obiectul în interior. Travaliul reușit al individualizării presupune o finalitate în care există „constanța unei organizări psihice care rămâne similară sieși și se recunoaște de-a lungul timpului”. Formele pe care le poate lua această suferință narcisică este diferită. De exemplu, din perspectiva autorilor citați, conduitele adictive sunt o formă de manifestare a suferinței narcisic-identitare. Adictivul nu se poate separa de celălalt și nu are o imagine și o stabilitate de sine continuă fără prezența unui Celălalt. Respectiv, prin *conduitele adictive*, subiectul are un „obiect” constant disponibil, cu efecte imediate și repetitive, care umple întotdeauna vidul interior. „Valoarea” obiectului de adicție rezidă în faptul că acesta nu dezamăgește niciodată, spune Ferrant, și am putea adăuga că nici nu solicită subiectul să investească într-o formă umană în Celălalt [5]. Legătura cu altă ființă umană nu îi poate procura subiectului senzații la fel de puternice ca acelea pe care le încearcă cu obiectul său de adicție (tabac, alcool, medicamente, heroină).

Probabil, una dintre cele mai nocive patologii narcisice este perversitatea narcisică, care fenomenologic are o istorie lungă (chiar dacă nu se regăsește în manualele de diagnostică și statistică), dar care a fost clarificată în literatura de specialitate în a doua jumătate a secolului trecut. Considerăm că această preocupare pentru fenomenul perversității narcisice a mers mână în mână cu dezvoltarea culturii psihologice, a asistenței psihologice, cu dezvoltarea psihologiei organizaționale și a psihanalizei. Perversul narcisic este obsedat de propria valoare și, în același timp, acuză o intoleranță maximă la valoarea Celuilalt. Celălalt nu poate exista decât ca obiect ce poate fi utilizat [6]. Această formă de funcționare narcisic-perversă nu trebuie confundată cu tulburarea de personalitate narcisică descrisă în DSM. Narcisicul din DSM este mai devoalat și mai sincer în dorința sa de a fi asistat narcisic și de aceea, presupunem, mai puțin periculos. Perversul narcisic obține plăcere din jocul de manipulare și anulare a Celuilalt, este maestru în construcția situațiilor inducătoare de confuzie, este asimptomatic și egosinton, simptomatologia manifestându-se de regulă la cei cu care perversul narcisic se află într-un contact de durată. Indivizii care utilizează mecanisme perverse narcisice atacă integritatea narcisică a altuia, încrederea în sine, autostima, încrederea în celălalt, în relațiile umane [7]. Fiind asimptomatic și neacuzând niciodată suferință psihică, perversul narcisic nu cere niciodată asistență psihologică, foarte puțin fiind atins și de domeniul cercetării (în ultimul timp studiile asupra fenomenului de *mobbing* invocă această formă de patologie narcisică). Chiar dacă perversul narcisic nu acuză simptome, ipotezele contemporane psihanalitice asupra acestei patologii sunt mai mult decât pesimiste în privința funcționării psihice a perversului narcisic – acestea se rezumă la ideea că în spatele perversității narcisice este vidul psihic și realități cvasipsihotice greu de conținut. Greu de inclus în cercetări și în psihoterapie, perversitatea narcisică construiește manevre perverse de toată splendoarea, pretinzând în epoca contemporană că ar reprezenta chiar un pattern existențial corelat semnificativ cu realizările și succesul și, trebuie să recunoaștem, prezentând uneori o „conlucrare eficientă” cu anumite contexte sociale.

### Concluzii

Transformările asupra nosologiei fac parte din firescul evoluției științei psihologice și psihiatrice și derivă dintr-un proces de studiu continuu asupra modificărilor realităților psihopatologice. Diversitatea de școli psihologice presupune și o diversitate metodologică de cercetare, realitate care permite analiza plenară a fenomenelor psihice. Realitățile vieții contemporane modifică și instrumentariul de cercetare și de intervenție al psihologului clinician. Acesta este solicitat să se raporteze în rolul său profesional la specificul epocii contemporane și să reușească o adaptabilitate optimă la modificările sociale, culturale și psihopatologice.

Ultimele decenii și spațiul Republicii Moldova este supus unor transformări culturale, sociale, economice de impact major, cu implicații importante la nivel de realități clinice. Fenomenul migrației și sărăcirea populației au predispus pentru cazuri de abandon și neglijare a copilului. Internetul a apărut în spațiul nostru ca un beneficiu informațional, dar ne-a găsit nepregățiți, în insuficiență gravă de resurse psihice pentru gestionarea noilor achiziții. Dificultatea de a realiza reforme suficiente pentru a asigura o bună funcționare a legii și a metodelor democratice creează spațiu și potențialități pentru dezvoltarea perversității narcisice și chiar statuarea acestui tip de funcționare într-o formă de ideal al funcționării umane. În opinia noastră, caracteristicile unei tranziții de durată la nivel social au determinat și anumite realități clinice noi, care țin prioritar de funcționarea de limită și funcționarea narcisică – dependența de jocurile de noroc, dependența de internet, toxicomania, tulburările alimentare. Aceste realități clinice impun noi deziderate de cercetare. Tindem să considerăm că cultura psihologică suficientă și asigurarea spațiilor de gândire – atât în comunitatea științifică, cât și în comunitatea civică – pot asigura elaborarea strategiilor corecte în gestionarea noilor provocări.

#### Referințe:

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (coord.) ROMILA, A. *Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (DSM-IV)*. București: Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, 2000. ISBN 973-98121-0-4
2. KREISMAN, J.J., STRAUS, H. *Te urăsc – nu mă părăsi. Înțelegerea personalității borderline*. București: Trei, 2017. ISBN 978-606-40-0287-7
3. MCWILLIAMS, N. *Diagnosticul psihanalitic. Structuri de personalitate revelate în procesul clinic*. București: Editura Fundației Generația, 2014. ISBN 978-973-1998-14-5
4. GABBARD, G.O. *Tratat de psihiatrie psihodinamică*. București: Trei, 2007. ISBN 978-973-707-164-4
5. ROUSSILLON, R. *Manual de psihologie și psihopatologie clinică generală*. București: Editura Fundației Generația, 2010. ISBN 973-1998-06-0
6. RACAMIER, P.-C. On narcissistic perversion. In: *The International Journal of Psychoanalysis*, 2014, vol.95, no.1, p.119-132.
7. EIGUER, A. *Le pervers narcissique et son complice*. Paris: Dunod, 1989.

#### Date despre autor:

**Zinaida BOLEA**, doctor în psihologie, conferențiar universitar, Facultatea de Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Universitatea de Stat din Moldova; candidat al Societății Române de Psihanaliză; formator la *Fundația Generația* (București, România).

**E-mail:** zbolea@yahoo.com

*Prezentat la 20.10.2018*