

Succesul de scenă a Tulburării de personalitate borderline la amurgul celei histrionice.

Prof.Dr.Mircea Lăzărescu

Timișoara

În aria de comentariu a Tulburărilor de Personalitate (TP), factorii socio culturali joacă un rol important. Faptul a fost scos în relief de însăși explozia interesului pentru acest domeniu ce a fost ocazionată de introducerea în diagnosticul patologiei psihiatrice a celei de a doua axe, odată cu DSM-III; fapt care obliga ca orice utilizator să evalueze, prin definiție, și fundalul personalistic al persoanei. În următorii ani, numărul articolelor publicate privitoare la TP, cel a manifestărilor științifice dedicate, a Revistelor specializate în acest domeniu și a unor Societăți Științifice de profil, a crescut exponențial. Dar s-a impus și un alt aspect.

Caracterizarea, criteriile de identificare a TP, implică stilul relaționărilor interpersonale din viața curentă, cotidiană; în sensul că acestea se manifestă astfel încât perturbă relaționarea - mai ales în aria intimității - și integrarea în microgrupuri și rețelele sociale; manifestându-se și prin încălcarea normelor, legilor și prescripțiilor morale. Dar, în diverse socio culturi, stilul relaționărilor variază, în funcție de multipli parametrii; inclusiv ca urmare a metamorfozelor diferențiatore istorice ale normativității și a evoluției tehnologiei comunicării. La momentul elaborării sale, DSM-III a preluat o tipologie clinică tradițională a T.P., în mare derivată din cea a lui K.Schneider. Aceasta fusese elaborată la începutul sec. XX, fără o trimitere doctrinară la o concepție despre personalitate, predominant cu referință la marile cadre nosologice ale vremii; dar, refuzând terminologia clinicii psihiatrice. Faptul a făcut ca, în grupajul celor zece tipuri ale lui Schneider, să fie inclus de ex. astenicul, depresivul și hipertimul; avându-se în

vedere patologia respectivă, recte astenică, depresivă și maniacală. În vremea constituirii DSM-III astenia nu mai juca însă un rol important în clinica psihiatrică; iar formele subclinice ale depresiei și maniei nu aveau o clară expresivitate în perturbări relaționale interpersonale; așa că nu au mai fost incluse. Dar echivalentul caracterial dizarmonic al histeriei a rămas, cu noua sa denumire de TP histrionică. Cu tendința sa neokraepelineană, DSM-III nu s-a sfiit să accepte și denumiri medico-psihiatrice pentru unele TP, așa precum ca cea schizoidă, paranoidă, obsesiv-compulsivă. Dar, a trebuit să facă concesii și marii mișcări psihanalitice; împotriva căreia, de fapt, acest sistem de diagnostic a fost lansat, pentru uzul clinicii psihiatrice. Astfel încât a fost introdusă o variantă tipologică asupra căreia psihanaliztii s-au aplicat mult, TP narcisistă. Tot din această tradiție psihanalitică a mai rezultat o moștenire, care-și va căuta și găsi și ea locul printre categoriile tipologice ale TP. E vorba de problematica relațiilor intime și de TP borderline.

Una din caracteristicile tradiționale ale TP este deficitul în aria relaționării interpersonale intime, a “intimității” și “empatiei”. Pacientul cu TP – și mai ales psihopatul - nu e capabil să se atașeze afectiv de un altul, să rezoneze cu acesta, să aibă sentimente de milă și compasiune, să se plaseze în punctul de vedere a celuilalt, să coparticipe împreună cu o persoană de atașament la activități și țeluri generoase comune etc. Aceste caracteristici sunt evidente nu doar la TP antisocială - la “psihopatul tip Cleckley” - ci și la celelalte tipuri: schizoid, paranoid, obsesiv-compulsiv, dependent, evitant și chiar narcisist; ultimul, fiind preocupat megaloman de poziția sa deosebită în societate și pretinzând altora să-l aduleze. TP histrionică este și ea egofilă, cultivând spectacolul prin care atrage atenția altora; iar dacă se implică în acțiuni pentru sprijinul celuilalt, o face demonstrativ, tot pentru a atrage atenția asupra sa. Pentru acest tip, esențială e condiția de a fi în atenția directă a celorlalți, trecând astfel de la o situație spectaculară la alta. TP histrionică e grupată în DSM-II în clusterul B, împreună cu cea antisocială și narcisistă, toate având un coeficient crescut al “extroversiunii” sociale.

Statistica ultimilor ani arată că interesul pentru diverse tipuri de TP e variat; unele au prezentat un interes crescut pentru cercetători, așa cum sunt TP antisocială (și psihopatia), cea narcisistă, evitantă, obsesiv compulsivă. Iar altele au prezentat un interes mai scăzut, precum TP schizoidă și cea histrionică. Privitor la TP schizoidă, faptul s-ar explica nu doar prin tendința acesteia spre izolare; ci mai ales prin creșterea în ultima perioadă a interesului psihopatologic pentru spectrul autist lărgit, care pare să o includă. Cât privește TP histrionică, dezinteresul pentru aceasta se corelează cu acela pentru alte manifestări tradiționale spectaculoase ale vechii histerii, precum marile crize de leșin și conversiile pseudo-neurologice grosiere și prelungite (astazo abazie, pareze și paralizii, mutism, afonie, amauroză, surditate etc.). Acest declin al simptomatologiei tradiționale a hiperexpresivității persoanei histrionice și a cazuisticii conversive, poate fi cu ușurință pus în seama modificării din ultimele decenii ale stilului de relaționare interpersonală, prin intermediul tehnologiei de comunicare. Intervenția în viața de zi cu zi a oamenilor a internetului și a telefoanelor mobile, face ca situațiile de contact nemijlocit, ”față în față” cu alții să fie tot mai reduse; și în consecință și posibilitatea de a fi privit, admirat și mai ales compătimit situațional. Prin aceasta, dispare chiar suportul care întreține ”teatralismul” comportamentului ”de tip histrionic” al unor TP. Astfel încât, nu doar interesul științific pentru acest domeniu e în scădere; ci foarte probabil, însăși frecvența reală a aceste patologii. Dar, dacă cazuistica care se acumula în clusterul B la capitolul TP histrionică devine mai redusă, ce se întâmplă oare cu ea? Un răspuns ar fi că, aceasta s-ar putea muta spre o altă formă de manifestare, relativ apropiată ca stil. Astfel ajungem la TP borderline.

Conceptul de TP marginală – ”borderline” – s-a dezvoltat în cadrul unei tradiții privitoare la unele particularități temperamentale și a unei disfuncții de manifestare personalistică, ce trimitea la ”instabilitate psihică”. Sistemul caracterologic al Celor Cinci Mari Factori invocă, în continuitatea tradiției caracterologice, și acest factor al instabilității/versus stabilitate. O variantă de ”psihopat instabil” era enumerată între

tipurile descriptive ale lui Schneider. La elaborarea DSM-III autorii au revăzut literatura internațională în domeniu; în care, instabilul era corelat cu manifestări explozive și impulsive. Iar în Clasificare OMS ICD-9, se păstrează o variantă predominant instabil impulsivă a “marginalului” din clasificarea americană. Dar elaborarea acestui cadru tipologico categorial în DSM-III e mult mai complexă. Caci ea ține acum seama și de mișcare psihanalitică, de doctrina relațiilor interpersonale și de cea a atașamentului, care s-au dezvoltat pe solul tradiției psihanalitice; precum și de dezbaterile ce au avut loc la un moment dat între psihopatologi privitoare la o cazuistică intermediară între patologia nevrotică și cea psihotică.

Psihanaliza freudiană, după primele mari schisme, spre mijlocul sec. XX a migrat din lumea Central-Europeană cuprinsă de fascism, spre cea anglo-saxonă. Psihanaliștii britanici au stimulat o psihanaliză a copilului care să nu ignore planul observațional; iar cei din SUA au favorizat și o psihanaliză a “relației obiectuale” și a eului; fapt ce a susținut dezvoltarea unei psihologii a relațiilor interpersonale (Sullivan). Prin conjuncția psihologiei developmentale, psihanalizei și etologiei, s-a dezvoltat apoi o doctrină a atașamentului (Bowlby, Ainsworthy); care a furnizat date factologice pentru intuiția freudiană a introjecției imaginilor parentale și a constituirii supraeului. În acest context s-a dezvoltat și un model al circumplexului epitetelor interpersonale, bazat pe cel al lui Bakan; funcțional și în psiho-sociologia animală. La aceste progrese, în psihologia developmentală a persoanei s-au adăugat studiile cognitiviste privitoare la cogniția și “creierul social”, corelate doctrinei evoluționiste; care au condus la tema “mentalizării” – Theory of mind. Ansamblul menționat al cunoștințelor în direcția psihologiei interpersonale au jucat un rol important în studierea TP în general; și a TP borderline în special. Pentru circumscrierea și interpretarea acesteia din urmă, în marginea tradiției instabilității psihice, a jucat un rol și doctrina psihanalitică privitoare la corelarea psihopatologiei psihotice cu faze inițiale ale dezvoltării psihice, din perioada pre-oedipiană (Melanie Klein). Dacă cazuistica clinică etala tablouri clinice intermediare

între psihoze, nevroze și TP, psihanaliza se străduia să le interpreteze ca rezultând din fixații și regrese la faze precoce de dezvoltare și fixare - libidinală - față de persoanele de atașament. Ca urmare a acestor analize s-au degajat două tipuri mai parte de TP: cea schizotipală și cea borderline.

O particularitate unică a TP borderline – care e plasată în DSM III-5 în clusterul B - o reprezintă derularea manifestărilor sale în aria unor relaționări intime, în raport cu o persoană de atașament. În cadrul clusterului B, TP antisocială – și psihopatul – se manifestă manipulativ, lipsit fiind de intimitate și empatie; celalalt îi este complet indiferent. Narcisistul, chiar dacă nu e la fel de manipulativ, ignoră și el intimitatea celuilalt, care contează pentru el doar în măsura în care-l elogiază. Iar histrionicul, cel de al treilea tip inclus în clusterul B, este prin definiție centrat pe spectacolul public, cultivând relaționări diverse și multiple, conjuncturale. Dintre tipurile descrise și incluse în alte clusteruri, doar TP dependentă mai permite o apropiere nelimitată a unei alte persoane de intimitatea sa; dar e vorba de un raport unilateral, de sumisiune continuă față de o alteritate dominantă, ce e cătată în mod special; ca substitut pentru lipsa unei “agenții” proprii. În schimb, TP borderline e centrată pe o unică relaționare intimă relativ prelungită, în raport cu care se manifestă inconstant și oscilant; trecând de la sumisiune la dominanță manipulativă, de la adularea celuilalt la suspiciune și denigrarea sa, de la grandiozitate la stimă de sine minimă, cu culpabilitate și tentative suicidare. Aceste oscilații de atitudine și comportament nu sunt lipsite de spectaculozitate; aspect pe TP borderline care-l împărtășesc cu histrionicul. Dar, totul se derulează acum în spațiul vieții duale, a lumii intime; și nu în agora publică.

Un aspect aparte a simptomatologiei TP borderline pe care-l enumeră și DSM-III-5, constă în trăirile depersonalizante, cu sentiment de vid interior – de gol sufletesc, plictis; până la un punct similare cu cele din sindromul de depersonalizare/derealizare – plasat în clasa Tb. dissociative. Dar care, s-ar putea corela și cu trăirile depersonalizante din psihoze. Inconsistența structurii eului – a sinelui – poate fi considerat un element comun

al întregii clase a Tulburărilor de personalitate. Dar resimțirea subiectivă a lipsei de identitate ca o problemă ce induce disconfort, este un aspect specific pentru TP borderline; care, indică parțiala repliere pe sine ce se petrece în această disfuncție personalistică; și care e congruentă și cu episoadele de autoculpabilizare, autoagresiune și tentative suicidare. Tradiția atribuia TP histrionice manifestări de tentativă demonstrativă de suicid. Dar reducerea statistică a comportamentelor hiperdemonstrative publice ce însoțesc aceste manifestări – și care ar putea fi pusă în seama modificărilor culturale din stilul relaționărilor interpersonale – face probabil ca acestea să se manifeste în prezent predominant în aria privată, a TP borderline.

Creșterea interesului din ultimele decenii pentru TP borderline poate fi pusă în legătură, deci, cu anumite elaborări conceptuale și cercetări de psihologie și psihopatologie, desfășurate în această perioadă. La fel cum, interesul pentru TP histrionică, poate fi corelat cu preocuparea crescută față de histerie a psihanalizei din sec. XX. Dar, pe de altă parte, se cere ținut cont și de menționata modificare a stilului de viață, prin crescuta mediere a relaționărilor interpersonale prin tehnologia comunicării, cu reducerea drastică a situațiilor evenimențiale de prezență conjuncturală “față în față” a mai multor persoane. Desigur, mai pot fi incriminați și factorii terapeutici, care se oferă din plin în ultimul timp în cazul TP borderline (și marginală).

Considerentele de mai sus fac – credem – să fie justificată o întrebare precum :

Oare cum va arăta nosologia Tulburărilor de personalitate peste treizeci de ani ?!