

Mircea Lăzărescu
Aurel Nireștean

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE





PSIHOLOGIE CLINICĂ ȘI PSIHOTERAPIE

Colecția *Psihologie clinică și psihoterapie* este coordonată de Ion Dafinoiu.

© 2007 by Editura Polirom

www.polirom.ro

Editura POLIROM

Iași, B-dul Carol I nr. 4, P.O. BOX 266, 700506

București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37, P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României:

LĂZĂRESCU, MIRCEA

Tulburările de personalitate / Mircea Lăzărescu, Aurel Nireștean. – Iași : Polirom, 2007

Bibliogr.

ISBN 978-973-46-0760-0

I. Nireștean, Aurel

159.923.3

Printed in ROMANIA

Mircea Lăzărescu
Aurel Nireștean

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE



POLIROM
2007

Mircea Lăzărescu (n. 1939) este profesor de psihiatrie și, din 1983, șeful Catedrei de Psihiatrie a Universității de Medicină și Farmacie din Timișoara. Membru al Asociației Europene de Psihiatrie și al Comisiilor de Psihopatologie, Diagnostic, Nomenclatură și Clasificare ale Asociației Mondiale de Psihiatrie (WPA), a participat la înființarea în România a mai multor societăți în domeniul psihiatriei, al căror președinte sau vicepreședinte a fost. De asemenea, este membru emerit al Academiei Române de Științe Medicale. Pe plan național și internațional s-a afirmat mai ales în domeniul psihopatologiei, publicând lucrări de psihopatologie antropologică, clinică, fenomenologică și cognitivă. Interesul pentru perspectiva sociocomunitară a psihopatologiei, pentru psihoterapia și reabilitarea psihosocială și pentru sensul antropologic și aspectul existențial al psihozelor s-a concretizat în numeroase lucrări și programe de cercetare antropologice. A publicat de asemenea mai multe volume de antropologie filosofică. Domeniul său de interes preferențial în ultimii ani l-a constituit tema persoanei, în sens general uman și psihopatologic. Dintre volumele publicate, amintim: *Patologie obsesivă* (Editura Medicală, București, 1974), *Introducere în psihopatologia antropologică* (Editura Facla, Timișoara, 1989), *Psihopatologie clinică* (Editura Helicon, Timișoara, 1994), *Îndreptar de psihiatrie* (Editura Helicon, Timișoara, 1995), *Calitatea vieții în psihiatrie* (Editura InfoMedica, București, 1999), *Psihiatrie, sociologie, antropologie* (Editura Brumar, Timișoara, 2002).

Aurel Nireștean (n. 1953) este profesor universitar și șeful Catedrei de Psihiatrie a Universității de Medicină și Farmacie din Târgu-Mureș. Membru al Comisiei Naționale de Psihiatrie a Ministerului Sănătății și Familiei, al Asociației Române de Psihiatrie Socială, al Ligii Române de Sănătate Mintală, al Academiei Oamenilor de Știință din România, al Asociației Mondiale de Psihiatrie (WPA) și al Academiei de Științe Medicale din New York, este vicepreședintele Asociației Psihiatrice Române (APR) și președintele Asociației Române de Studiu al Personalității. Coordonator a peste zece studii clinice de psihofarmacologie, autor a numeroase articole și cercetări publicate în reviste, este, de asemenea, coautor al unor importante lucrări de specialitate, dintre care amintim: *Personalitate și profesie* (Editura University Press, Târgu-Mureș, 2001), *Depresiile rezistente la tratament. Actualități clinico-terapeutice* (Editura Cromatic, Târgu-Mureș, 2003), *Tulburările din spectrul anxietății* (Editura Medicală Callisto, București, 2006).

Cuprins

<i>În loc de cuvânt înainte</i>	9
<i>Abrevieri</i>	11

Partea I

Aspecte generale

Capitolul 1. Persoana și polul individual al umanului	17
1.1. Introducere	17
1.2. Termeni frecvent utilizați în prezentarea polului individual al umanului	21
1.3. Psihismul biologic și psihismul persoanei conștiente	26
1.4. Temperament și caracter	30
1.5. Virtuțile lui Aristotel și caracterele lui Teofrast	34
1.6. Tipologia eroilor de ficțiune	38
1.7. Portretul, fiziognomia și bio-psiho-tipologia secolului XX	41
1.8. Cele două metode în caracteriologie	46
1.9. Perspectiva conceptului de <i>persoană</i>	47
1.10. Sensul larg al noțiunii de <i>persoană</i>	57
Capitolul 2. Psihologia persoanei – curente și doctrine	58
2.1. Bilanțul lui Allport	59
2.2. Psihanaliza clasică a lui Freud	61
2.3. Psihologia eului și a relației obiectuale	66
2.4. Teoria atașamentului	67
2.5. Psihologia interpersonală a lui Sullivan	69
2.6. Psihologia trăsăturilor persoanei	70
2.7. Situaționismul lui Mischel	79
2.8. Contribuția lui Maslow	79
2.9. Cognația socială – Bandura și Rogers	81
2.10. Psihologia narativă a persoanei	84
2.11. Psihologia persoanei și doctrina sinelui (<i>self</i>)	87

2.12. Psihologia dezvoltării	91
2.13. Concluzie	93
Capitolul 3. Repere ale personogenezei normale și patologice	95
3.1. Repere personogenetice fundamentale	95
3.2. Ontogeneza personalității normale	99
3.3. Personogeneza patologică	116
Capitolul 4. Tulburările de personalitate. Date istorice	128

Partea a II-a

*Tulburările de personalitate
din perspectiva clinicii psihiatrice*

Capitolul 5. Descriere clinică generală	149
5.1. Particularități nosologice-nosografice ale tulburărilor de personalitate	149
5.2. Tulburările de personalitate de cluster A	169
5.3. Tulburările de personalitate de cluster B	176
5.4. Tulburările de personalitate de cluster C	185
Capitolul 6. Circumscrierea generală a tulburărilor de personalitate. Severitate și compensare	191
6.1. Perspectiva psihiatrică și cea non-medicală a tulburărilor de personalitate	191
6.2. Elemente de caracterizare generală a tulburărilor de personalitate	195
6.3. Tipologia tradițională și cea recentă medico-psihiatrică a tulburărilor de personalitate și a caracterelor	202
6.4. Clustere și dimensiuni în descrierea și sistematizarea tulburărilor de personalitate	210
6.5. Diagnosticul generic al tulburării de personalitate	213
6.6. Problema compensării tulburărilor de personalitate	214
Capitolul 7. Modelul dimensional al tulburărilor de personalitate	216
Capitolul 8. Diagnosticul și evaluarea tulburărilor de personalitate	252
8.1. Obținerea datelor pentru diagnosticul tulburărilor de personalitate	253
8.2. Evaluarea și diagnosticul tulburărilor de personalitate implică un construct teoretic	257
8.3. Instrumentele cele mai importante de evaluare a tulburărilor de personalitate : avantaje și dezavantaje	259
8.4. O sugestie pentru alegerea instrumentelor	267

Capitolul 9. Epidemiologia tulburărilor de personalitate	269
9.1. Studiile epidemiologice privitoare la tulburările de personalitate	270
9.2. Rezultate	275
9.3. Tulburările de personalitate în zona medicală	278
Capitolul 10. Condițiile comorbide ale tulburărilor de personalitate	282
10.1. Medicalizarea psihiatrică a omului contemporan	283
10.2. Comorbiditatea	284
10.3. Modele ale relațiilor dintre Axa I și Axa II	287
10.4. Relația dintre Axa I, Axa II și alte axe ale DSM-IV, din perspectivă evolutivă	299
10.5. Perspectiva integrativă a relațiilor dintre axe și personalitatea normală	303
Capitolul 11. Stabilitate și schimbare în evoluția tulburărilor de personalitate	308
11.1. Stabilitatea în timp a persoanei normale în raport cu cea patologică	309
11.2. Stabilitatea în timp a tulburărilor de personalitate	315
11.3. Studii recente	319
Capitolul 12. Tratamentul psihoterapeutic și medical al tulburărilor de personalitate	321
12.1. Repere generice	321
12.2. Psihoterapiile în tulburările de personalitate	324
12.3. Terapiile psihofarmacologice	348
12.4. Tipuri de strategii terapeutice	354
12.5. Conceptul de <i>alianță terapeutică</i>	358

Partea a III-a

Repere disociale și morale în patologia personalității

Capitolul 13. Problema psihopatiei	367
13.1. Perspectiva istorică	367
13.2. Tulburarea de personalitate antisocială și psihopatia în viziunea lui Cleckley	371
13.3. Domeniul general de caracterizare a persoanei psihopate și subtipuri de psihopatie	379
13.4. Comportamentul disocial și psihopatia în perspectivă dimensională	388
13.5. Aspecte etiopatogenice în dezbaterile actuale privitoare la psihopatie	391

Capitolul 14. Dimensiuni etico-morale în patologia persoanei	398
14.1. Repere istorice	399
14.2. Un posibil filtru de evaluare morală a tulburărilor de personalitate	405
14.3. Deficiența conștiinței morale și limbajul	418
<i>Bibliografie</i>	421

În loc de cuvânt înainte

Cartea *Tulburările de personalitate* a fost scrisă, dincolo de pasiunea autorilor pentru subiect, din mai multe motive.

În primul rând, era necesară o lucrare de sinteză în limba română, datorită interesului crescut al tinerilor pentru tulburările de personalitate. Psihatrii români se întâlnesc de mai mulți ani la simpozioane de profil împreună cu psihologii. Dezbaterea problematicii necesită și colaborarea sociologilor, juriștilor, criminologilor, antropologilor, eticienilor și filosofilor.

Apoi, cărțile privitoare la tulburările de personalitate au apărut și apar aproape numai în universul științific anglo-saxon. În Europa, în afară de cartea clasică a lui Tyrer – din Marea Britanie –, se pot cita o sinteză franceză și unele încercări germane. Ne străduim deci să aducem o contribuție la literatura de specialitate a continentului nostru.

Abordările științifice și tehnice fac să treacă în plan secund, în majoritatea tratatelor, viziunea general antropologică și cea etică. De aceea, s-a acordat o importanță aparte istoriei conceptului de *persoană* și a psihologiei acesteia, precum și problematicii morale pe care o ridică mai ales psihopatia. Faptul e important în zilele noastre când, prin situaționalism, se diluează conceptul de *persoană* și, de asemenea, sensul etic al caracterului.

Concepția cărții este comună celor doi autori, inclusiv viziunea antropologică. Toate capitolele au fost analizate de ambii autori. O contribuție aparte a avut-o, în primele și ultimele două capitole, Mircea Lăzărescu, iar în capitolele de istorie, descriere, etiopatogenie și tratament, Aurel Nireștean.

Dorim ca rândurile așezate în această carte să fie receptate, de către cititorii mai mult sau mai puțin avizați, cu mințea și cu sufletul, dar mai ales cu credința că suntem alături de ei în orice încercare de cunoaștere și înțelegere a diversității antropologice a firii umane.

Aducem și pe această cale sincere mulțumiri pentru dăruire și acuratețe în redactarea textului colegilor noștri Jeni Blajovan, Corina Grunfeld și László József.

Mulțumim, de asemenea, Editurii Polirom pentru amabilitatea și căldura cu care ne-a găzduit.

Mircea Lăzărescu, Aurel Nireștean
iunie 2007

Abrevieri

5-HT	<i>Serotonină</i>
ADHD	<i>Attention Deficit/Hiperactivity Disorder</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APFA	<i>Adult Personality Functioning Assessment</i>
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview, Antisocial Form</i>
CLPS	<i>Colaborative Longitudinal Personality Disorders Study</i>
D-4	<i>Dopamină</i>
DAP	<i>The Dimensional Assessment of Personality</i>
DAPP-BQ	<i>The Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire</i>
DIB-R	<i>Revised Diagnostic Interview for Borderlines</i>
DIN	<i>Diagnostic Interview for Narcissism</i>
DIP-IV	<i>Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders</i>
DIS	<i>National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule, Antisocial Section</i>
DSM-III	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition</i>
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision</i>
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition</i>

ECAS	<i>Epidemiologic Catchement Area Study</i>
ECT	<i>Electro-Convulsiv Therapy</i>
FFM	<i>Five Factor Model</i>
FFT	<i>Five Factors Theory</i>
ICD-10	<i>International Classification of Disease, 10th edition</i>
IIP	<i>Inventory of Interpersonal Problems</i>
IIP-PD	<i>Inventory of Interpersonal Problems – Personality Disorders Scale</i>
IPDE	<i>International Personality Disorders Examination</i>
IPDS	<i>Iowa Personality Disorder Screen</i>
KAPP	<i>Karolinska Psychodynamic Profile</i>
KSP	<i>Karolinska Scale of Personality Disorders</i>
MAO	<i>Mono-Amino-Oxidază</i>
MCMII	<i>The Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>
MCMII-III	<i>The Millon Clinical Multiaxial Inventory – III</i>
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
MMPI-I	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory – I</i>
MMPI-II	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory – II</i>
MMPI-PD	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Personality Disorders Scale</i>
MPD	<i>Tulburare depresivă monopolară recurentă</i>
MPQ	<i>Multidimensional Personality Questionnaire</i>
NCS	<i>National Comorbidity Survey</i>
NEO-P-I	<i>NEO-Personality Inventory</i>
NEO-PI-R	<i>NEO-Personality Inventory Revised</i>
NOS	<i>Not Otherwise Specified</i>
PCL-R	<i>Hare Psychopathy Checklist – Revised</i>
PAS	<i>Personality Assessment Schedule</i>
PDE	<i>Personality Disorders Examination</i>
PDI-IV	<i>Personality Disorder Interview – IV</i>
PDQ	<i>Personality Disorder Questionnaire</i>
PDQ-IV	<i>Personality Disorder Questionnaire – IV</i>
PSY-S	<i>Personality Psychopathology Five</i>
PSY-5	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Personality and Psychopathology Five Scale</i>

SADS	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>
SASB	<i>Structural Analysis of Social Behavior Index Questionnaire</i>
SAP	<i>Standardized Assessment of Personality</i>
SCID	<i>Structural Clinical Interview for DSM-IV</i>
SCID-II	<i>Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders</i>
SIDP	<i>Structured Interview for DSM Personality Disorders</i>
SIDP-IV	<i>Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders</i>
SIFFM	<i>Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality</i>
SNAP	<i>The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality</i>
SSRI	<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors</i>
SWAP-200	<i>Shedler-Western Assessment Procedure - 200</i>
TP	<i>Tulburare de personalitate</i>
TCI	<i>Temperament and Character Inventory</i>
WISPI	<i>Wisconsin Personality Inventory</i>
WPA	<i>World Psychiatric Association</i>
WPI-IV	<i>Wisconsin Personality Inventory - IV</i>



PARTEA I

ASPECTE GENERALE

Capitolul 1

Persoana și polul individual al umanului

1.1. Introducere

În medicina psihiatrică a zilelor noastre, în domeniul sănătății mintale și al sociologiei se discută mult despre „tulburarea de personalitate”, despre persoane psihopate sau „psihopatie”, persoane anormale, accentuate (în accepțiunea lui Leonhard), deviante, patologice sau cu probleme. Psihiatria, cel puțin, are de peste un veac această categorie diagnostică ce apare în toate manualele și tratatele, în toate clasificările și sistemele de diagnoză a tulburărilor psihice. Cei ce se ocupă de psihologia persoanei ridică și ei, din anumite puncte de vedere, problema exagerării unor trăsături, a devianței, anormalității patologice a unor oameni, în variate împrejurări sau de-a lungul întregii vieți. Justiția se întreabă, de asemenea, dacă unele comportamente aberante nu își au cumva originea într-o deviere a personalității și dacă și în ce măsură marii recidiviști și criminali sadici sunt, în cele din urmă, oameni cu adevărat normali. Aceste probleme practice apar în continuarea unei vechi problematizări reflexive care diferențiază oamenii nu doar după stilul lor de manifestare, ci și după capacitățile lor, unii fiind slabi, iar alții puternici, unii proști, iar alții deștepți sau mari creatori, personalități geniale. De asemenea, varietatea oamenilor s-a manifestat în planul virtuților, unii fiind curajoși, iar alții lași,

unii generoși, iar alții egoiști și avari. Până și religia împărțea oamenii în buni și răi, după păcatele pe care le săvârșeau, astfel că după moarte drumul ducea către Rai sau Iad, eventual către Purgatoriu.

Obiectivul lucrării de față e centrat pe tulburarea de personalitate în perspectiva psihopatologică a psihiatriei și sănătății mintale. Această problemă se cere plasată în contextul său, care, în mod tradițional, e preocuparea față de persoana umană. Nici această trimitere nu e însă una simplă.

Recent, Glas (2006) se întreba într-un articol : „Cine este persoana ce are o personalitate sau o tulburare de personalitate ? Cum este conectată personalitatea cu faptul de a fi persoană ?”. Astfel de întrebări nu sunt inutile în abordarea științifică a tulburărilor de personalitate. *Personalitatea* este un concept pe care, dacă îl folosim, trebuie să-l înțelegem și să-l distingem, atât cât se poate, de altele, apropiate ca sens. Conceptul de *personalitate* e distinct de cel de conștiință (în sens de vigilitate conștientă), are unele corelații cu subiectivitatea conștientă, fiind mai apropiat însă de conștiința morală. Față de noțiunea psihologică de *eu* se apropie prin tema identității, dar se îndepărtează prin implicarea manifestărilor sociale. Între conceptul de *personalitate* și cele de *temperament*, *caracter* și *sine* (*self*) există o corelație strânsă.

O scurtă istorie a înțelesurilor noțiunii de persoană și ale noțiunilor corelate nu e un capriciu, ci un ajutor pentru a privi reflexiv și lucid la felul în care se pun în prezent problemele, comparativ cu felul în care ele au fost puse în alte perioade istorice. Aceasta deoarece, oricât am integra datele și optica actuală într-o viziune sintetică și ne-am angaja în dezvoltarea ei, oricât am înmulți doctrinele sau metodologia de obținere, prelucrare și interpretare a datelor, trebuie conștientizat faptul că e posibil ca peste câteva decenii să ne reorganizăm cunoașterea într-o nouă paradigmă de înțelegere și studiere a individului. Deci, alături de inventarierea cunoștințelor dobândite

de psihiatrie în ceea ce privește tulburările de personalitate, e utilă reflectarea asupra concepției despre om, care ne este proprie, asupra modului în care se abordează științific cercetarea, înțelegerea și acțiunea în privința omului individual în zilele noastre, a persoanei umane. Un concept cum e cel de *persoană* nu poate îndepărta cu ușurință înțelesurile ce i s-au atribuit de-a lungul veacurilor, nu poate fi propus spre folosire printr-o definiție operațională arbitrară, asupra căreia să putem vota pentru a obține o majoritate de consens. Utilizarea sa în decursul timpului a generat ceea ce Gadamer (2001) numea o „fuziune a orizonturilor de sens”. Chiar dacă nu conștientizăm totdeauna, referința la persoana umană are diferite valori semantice, mai mult sau mai puțin active, iar prima trimitere este cea la polul individual al existenței umane.

1.1.1. *Psihismul uman individual – circumscrierea problemei*

Termenul și conceptul de *personalitate* au o istorie proprie: o apariție, o evoluție și conotații ce s-au modificat în timp. Ele se referă în prezent la individul uman, la individualitatea omului ce se naște și moare. În articolul citat, Glas (2006) scrie :

Consider noțiunea de persoană ca denotând ființa umană individuală, atât în singularitatea sa, cât și în calitatea sa de a fi o persoană umană. Pentru ființa umană individuală, se mai folosesc însă și alți termeni. Mai apropiat de persoană e termenul de fire sau caracter, de care se leagă și temperamentul. Dar din această clasă mai fac parte noțiuni ca : individ (uman), conștiință, eu, sine, subiect, subiectivitate. Deși se folosesc deseori ca sinonimi, acești termeni au cel puțin conotații proprii care nu trebuie ignorate. Toți se referă însă la polul individual al umanului. Acest pol nu epuizează realitatea umană. În cursul întregii istorii și în toate culturile, s-a vorbit despre și s-a meditat asupra

instituțiilor umane, asupra limbajului și legilor, normelor și valorilor, toate fiind realități supraindividuale ce persistă dincolo de indivizii ce se nasc și mor. La fel sunt și cunoștințele științifice și credințele religioase, cu instituțiile și ritualurile lor. În secolul al XIX-lea, filosofia istoriei, potențată intens de Hegel, semnala conștiința individuală doar ca un element al *Fenomenologiei Spiritului*.

Filosofia științei, care s-a dezvoltat mult în secolul XX odată cu „teoria teoriilor științifice”, a adus în prim-plan realitatea ontică și dinamismul istoric al științelor, în corelație, pe de o parte, cu limbajul supraindividual, iar pe de altă parte, cu oamenii individuali, care sunt atât creatori, cât și utilizatori ai științei. Una dintre cele mai celebre teorii din acest domeniu este cea a lui Popper (1960 ; 1997), care distinge trei lumi interconectate :

1. *Lumea corpurilor fizice*. Cu aceasta omul vine mereu în contact. Ea e proprie și omului individual prin corporalitatea sa fizico-biologică și, indirect, prin uneltele pe care le produce și le utilizează.
2. *Lumea stărilor și proceselor mintale ale indivizilor*, a trăirilor subiective care sunt mai mult sau mai puțin exteriorizate.
3. *Lumea produselor minții omenеști*, în primul rând a celor realizate prin intermediul limbajului descriptiv, asertiv și critic (argumentativ). Din aceasta fac parte : miturile, poveștile, istoriile, romanele, dar mai ales teoriile științifice. Tot aici sunt incluse producțiile omului din celelalte două lumi, chiar și obiectele fizice specifice lumii umane, precum bibliotecile, cărțile și revistele, sculpturile, picturile, desenele, piesele de teatru și simfoniile, dezbaterile științifice, produsele educaționale, dar și clădirile, uneltele etc.

Cele trei lumi sunt interconectate : nu există una fără alta, dar nici nu se confundă. Acțiuni ce pornesc din lumea a doua o

traversează și pe a treia, reîntorcându-se în a doua, așa cum ar fi produsele pedagogiei sau unele cure terapeutice psihanalitice.

Doctrina lui Popper și altele similare nu au fost serios combătute. Prin ele se subliniază existența acelei realități umane ce ființează în afara persoanelor individuale, a gândurilor și trăirilor subiective ale acestora. Totuși, o astfel de viziune este de multe ori ignorată sau „pusă între paranteze” atunci când se discută, în perspectivă cognitivistă, despre relația minte-corp.

Ceea ce se mai poate adăuga conceptului popperian este existența socială a omului, definirea sa prin relații interpersonal-sociale de diverse feluri.

1.2. Termeni frecvent utilizați în prezentarea polului individual al umanului

Comentariul ce urmează are punctul de plecare în dicționarul filosofic al lui Lalande (1962).

Termenul de *individ* nu are nici o specificitate umană, el fiind utilizat pentru a desemna orice unitate fizică, biologică sau abstractă. În personologie e folosit pentru a indica o unitate umană în cadrul unei experiențe trăite de subiect. Conceptul de *individuație*, care a avut o mare importanță în logica medievală (Toma d'Aquino), a fost folosit de Jung pentru a desemna adâncirea în specificitate și originalitate a omului adult care se construiește tot mai mult pe sine ca ființa unică și independentă. Termenul se folosește în continuare în psihologie, ca, de exemplu, în expresia „calități individuale”.

Termenul de *subiect* nu se referă în mod specific la persoana umană. În Antichitate, înțelesul său era de „supus” – *hīpokaimenon* în greacă, *subiectum* în latină –, de unde și utilizarea sa gramaticală,

termenul desemnând ceva ce poate fi supus acțiunilor. În Europa postmedievală, sub influența creștinismului s-a dezvoltat un sens specific uman al noțiunii de *subiect*, ce a migrat în direcția subiectivității conștiente și reflexive prin raportarea acesteia la „obiect” (*obiectum*), la ceea ce se află în afară și în fața sa. Treptat, s-a ajuns ca termenul de *obiectivitate* să însemne ceva real, independent și chiar indiferent de opinia „subiectivă” a unor indivizi umani, ceva stabilit „științific” și care se bazează pe o realitate independentă de subiectul cunoscător. Atunci când cineva se referă la o cunoaștere obiectivă a unui anume fenomen, se presupune că, în cadrul comunității, fenomenul e considerat veritabil și reproductibil. Prin contrast, ceea ce e subiectiv se desfășoară în interiorul individului, a persoanei umane, în intimitatea sa resimțită, fapt posibil prin aceea că omul e o ființă reflexivă și conștientă. Astfel, sunt subiective durerea, sentimentele, intenția de a acționa, gândirea prin care rezolvăm probleme sau reflectăm asupra poziției noastre în lume, felul în care ne autoevaluăm, vinovăția și, în general, cugetarea (*cogitatio*). Acest sens modern al *subiectului* și *subiectivității* apare ca atare în doctrina lui Popper, unde constituie lumea a doua, fiind intens speculat în cognitivismul actual, în cadrul teoriei *mind-body*. Mîntea omului ar fi o zonă prin excelență subiectivă. La acest înțeles a contribuit din plin filosofia lui Descartes (1984) cu a sa metodă a îndoielii ontologice, care consideră că dovada certitudinii existenței se găsește la limita cugetării subiective ; omul nu se poate îndoii de existența sa, de vreme ce cugetă. În secolul XX, Husserl a dezvoltat amplu o teorie filosofică a „subiectivității transcendente” (Husserl, 1994). Wittgenstein (2004) susține că perspectiva trăirii subiective nu e primară, ci secundară, fiind mediată de limbaj și de „formele de viață” sau cel puțin intens modelate de acestea. Sensul tradițional al noțiunii de *subiect* se păstrează însă în expresii de tipul : „X a fost subiectul unei întâmplări neobișnuite” sau „Subiectul filmului Y este...”.

Noțiunea de *eu* și cea de *sine (self)* își au originea în filosofie, fiind apropiate și intersectate cu cea de conștiință. În secolul XX, ele au fost utilizate în psihologia persoanei.

Eul are semnificația unei realități delimitate cu un conținut propriu și care se raportează nu doar la altă realitate, ci și la sine (*eu însumi*), precum și la alt *eu*, similar. Sinele, eul și conștiința se intersectează destul de mult în înțelesul lor, dar nu se suprapun. Eul e implicat în gândirea reflexivă a lui Descartes și e folosit mult de Kant în *Critica rațiunii pure* (Kant, 1969), cu sublinierea că, practic, gândirea e totdeauna a cuiva, că nu se poate comenta decât faptul că eu gândesc. A fost utilizat și de Fichte, care interpretează kantianismul ca fiind centrat de opoziția eu/non-eu (într-o reluare a polarității subiect-obiect). Referințe majore la *eu* reapar în gândirea fenomenologică și existențialistă a secolului XX, de exemplu în „egologia” lui Jaspers și cea a lui Husserl (1994). Eul (*ego-ul*) stă la baza unei mari și tradiționale probleme filosofice, lansată de Platon, privitoare la existența celuilalt, a *alter-ego*-ului. Martin Buber a dezvoltat ideea filosofică a relației „eu”-„tu” – „tu” fiind înțeles în sens larg, putându-l include și pe Dumnezeu.

Psihanaliza a preluat tema eului, dar, la început, i-a acordat o importanță redusă în sistemul psihismului individului uman: cea de reglare a conflictului dintre pulsunile sinelui, exigențele supraeului și de adaptare la realitate. La Jung, eul e corelat conștiinței, dar cuprinde, de asemenea, doar o parte a psihismului personalității, al cărui factor integrator e sinele (*self*). Psihanaliza de mai târziu a dezvoltat un întreg curent psihologic centrat pe tema eului – ego-psihologia –, care, la rândul ei, a permis dezvoltarea teoriei atașamentului și a psihologiei interpersonale.

Eul este și pronume personal: „eu”, „tu”, „el” definesc trei ipostaze ale persoanei în cadrul limbajului. Există trei ipostaze antropologice pe care le comentează cognitivismul contemporan:

- perspectiva persoanei întâi (eu), care este cea a trăirii intimității și subiectivității conștiente, reflexive;
- perspectiva persoanei a treia, care este una a abordării obiective, științifice. În măsura în care referința e la un alt om, acesta se plasează acum în poziția de „el” și poate fi studiat științific, dar, mai ales, poate fi caracterizat, de obicei, prin dialogul dintre „eu” și „tu”, dintre „noi”;
- perspectiva persoanei a doua (tu) este mai puțin analizată de cognitivism, dar a fost abordată de fenomenologie și existențialism. E vorba de relațiile interpersonale intime, duale, dintre „eu” și „tu”, care presupun apropiere și întrepătrundere reciprocă.

Multe dintre sensurile eului interferează cu cele ale sinelui (*self*); acesta a avut o carieră filosofică, mai ales în înțelesul de conștiință de sine, distinctă de conștiința obiectelor exterioare. Gânditorii englezi au făcut aluzie la sine (*self*) ca la ceva ce exprimă subiectul cogitației lui Descartes. Hume nega substanțialitatea acestui *self*.

Sensul psihologic al sinelui a fost deseori cel de agent proactiv și reflexiv conștient. Sinele mai sugerează spontaneitate, intuiție. E și pronume reflexiv și poate fi substantivizat (sineitate) sau poate să apară în expresii precum: „pe sine însuși”, „el însuși”, „eu însumi”. În prezent, lingviștii își unesc eforturile cu antropologii pentru a studia sinele (Stamatov, 2003).

În ultima parte a secolului XX, preocuparea pentru *sine* s-a extins în filosofie, psihologie și neuroștiințe, tinzând să rezume înțelesurile eului conștient și chiar ale persoanei. Semnificația pentru această orientare este lucrarea lui Popper și Eccles, *The self and the Brain* (Popper și Eccles, 1997).

Conștiința este un concept filosofic care a ajuns să fie folosit destul de mult de unii psihologi. Conceptul de *conștiință* are o remarcabilă amprentă europeană – la fel ca și conceptele de *rațiune* și *intelect* –, având doar corespondențe parțiale în gândirea greco-romană.

Filosofii au discutat asupra conștiinței în general, dar tot timpul s-a menținut sugestia implicită că aceasta e individuală, e a cuiva, e o caracteristică a ceea ce, în ultimele secole, s-a numit *persoană umană*. Prin urmare, ea aparține polului individual al umanului, prin contrast cu spiritul, știința, cultura, care sunt supraindividuale. Conștiința a implicat și a pus pe tapet atribute ca: reflexivitate, cunoaștere, orientare – vizare, intenționalitate –, libertate, autonomie.

Conștiința (fiind a cuiva și referitoare la ceva) este o realitate centrală a persoanei umane. Ea e considerată ca fundamentată în *sine* (prin *sine*), are un conținut (al eului) și e trăită ca subiectivitate. Subiectul conștient de eul său se diferențiază de lume în general, de lumea proximă (ca dat nemijlocit) și de alt subiect-eu-conștient. Între două conștiințe – în sens de persoane conștiente – există diverse raporturi și relații, inclusiv de respingere și apropiere, de intimitate și întrepătrundere afectivă (dragoste). Raportarea la celălalt a subiectului conștient prin comportamente specifice și responsabile face din substanța actului moral prin care se exprimă un aspect esențial al libertății omului. În plus, omul conștient asimilează și exprimă nu doar limbajul suprapersonal – deoarece e capabil de narațiune și autobiografie –, ci și logica implicită a acestuia – fiind capabil de gândire rațională, de raționamente, judecată, cugetare. Omul conștient judecă despre realitate și adevăr, afirmă adevărul realității, în contextul logosului și valorilor, și, în același timp, evaluează și instituie valori. Judecata rațională a omului conștient se bazează pe spontaneitatea sinelui, pe cunoașterea logosului, pe valori și implică libertatea. Omul care cunoaște conștient se poate, până la un punct, autodetermina liber.

Tema conștiinței, deși implicită în gândirea lui Descartes, s-a definit și ea în spiritualitatea Europei, mai ales prin idealismul german, începând cu Kant. Ea a rămas o constantă a filosofiei, alături de tema rațiunii, până în secolul XX. Este abordată și de Husserl, care pune accentul pe trăirea conștient-reflexivă directă,

nemijlocită. O mai întâlnim la Jaspers și la personalişti, dar trece apoi într-un con de umbră, câștigând pondere conceptele de *sine* (*self*) și *minte* (*mind*). Totuși, se păstrează, mai ales în sens de subiectivate conștientă, fiind reluată de cognitivism. Psihologia persoanei din secolul XX a folosit relativ puțin conceptul de *conștiință specific umană*.

În domeniul conștiinței există o ambiguitate pe care nu toți o clarifică: biologia prezintă oscilația veghe-somn, starea de veghe a omului fiind etichetată ca stare conștientă. Dar numai o parte din aceasta se referă la conștiința specific umană, care se desfășoară în sensul libertății, valorilor și conștiinței morale.

1.3. Psihismul biologic și psihismul persoanei conștiente

Psihismul este și el un concept ce se referă la polul individual al umanului. El apare ca temă în filosofia lui Aristotel, unde are un înțeles biologic-uman, fiind structurat pe nivele caracterizate prin anumite funcții esențiale. În tratatul său, *Despre suflet (Peri psyche)*, Aristotel (2005) distinge un nivel biologic-vegetal (vegetativ) unul biologic-animat (ce are la bază mișcarea prin sine însuși), un nivel uman-intelectiv și unul rațional (spiritual). La om, toate aceste nivele se află în continuitate, dar ființele biologice se pot opri la nivele inferioare. Psihismul, în ansamblu, exprimă „forma corpului”.

Concepția aristotelică s-a topit apoi în dogmatica iudeo-creștină, în care sufletul uman apare ca ceva cu totul special, insuflat omului de către Dumnezeu, după ce corpul i-a fost plămădit din materie. Astfel, la moarte sufletul se desparte de trup, viețuiește undeva, pregătindu-se pentru reînvierea de apoi.

În secolul al XVII-lea, Descartes (1984) abordează filosofia sufletului uman, capabil de cugetarea (*cogitatio*) prin care se îndoiește de toate în afară de propria-i existență, considerând că sufletul are o natură complet diferită de cea a materiei (*res cogitans*), pe când trupul face parte din lumea corporală (*res extensa*). Animalele și tot regnul biologic s-ar plasa și ele în această ultimă categorie, întrucât nu au suflet. La om, legătura dintre psihism și corp s-ar realiza în glanda pineală prin intermediul „spiritelor animale”.

Dualismul cartesian a lipsit înțelegerea psihismului uman de asemănarea și continuitatea sa cu psihismul biologic, care, după instituirea sa aristotelică, se păstrase două mii de ani. Situația a început să se schimbe în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, când a apărut psihologia ca știință, dar sfidarea cartesiană rămâne o problemă și în zilele noastre, în mare măsură datorită felului distorsionat în care Descartes a formulat problema.

În secolul XX, pe lângă psihologia umană s-a dezvoltat și o „psihologie animală”, o știință a comportamentului animal, etologia (Cociu, 1999). Multe funcții psihice sunt bine dezvoltate la animale: atenția, percepția, memoria, reprezentarea, imaginația, decizia în rezolvarea unor probleme situaționale, multe forme de învățare, instinctivitatea, emotivitatea, atașamentul, sociabilitatea, caracterul teleologic al comportamentului. O serie de studii de psihologie s-au efectuat pe animale, fiind apoi extrapolate la om. De asemenea, la animale întâlnim comportamente complexe, derulate pe termen lung, în cadru social, semnificative pentru perpetuarea speciei, precum: comportamentul de căutare a hranei, de învățare, de confruntare, luptă și fugă, curțarea, cuplarea cu un partener, pregătirea locuinței (cuib, vizuină) și locuirea, nașterea și creșterea puilor, atașamentul, hrănirea, apărarea și învățarea acestora, lupta pentru ierarhia în grupuri, respectarea unor reguli în colectivitate etc. Aceste comportamente se regăsesc și ele reformulate în termeni socioculturali ce

implică logosul și valorile în societățile umane. Ele se desfășoară și la om între naștere, maturizare, reproducere, îmbătrânire și moarte, ca la animale. Comportamentele animale instinctuale sunt reglate de bio-psiho-ritmuri – somn-veghe, rut, hibernare, migrare –, de factori climatici și ambientali, reglaj care nu se regăsește decât parțial la om.

La om, reîntâlnim aproape toate aceste aspecte biologice ale psihismului în derularea cărora este esențială organizarea și funcționarea creierului, ca sistem autarhic ce culege și prelucrează informații. Operaționalitatea, preluarea informațiilor la nivelul creierului asigură o anumită capacitate de rezolvare a problemelor, pe baza cunoașterii, înțelegerii și abilităților de performanță operațională – ceea ce la om se va numi *inteligentă*. Funcționarea corporal-cerebrală asigură, de asemenea, un anumit stil comportamental, caracteristic psihismului indivizilor – ceea ce la om se va numi *temperament*.

Însă psihismul uman se formează și se afirmă într-un context specific ce presupune limbajul asertiv supraindividual, normele și valorile, instituțiile, practicile sociale și vizarea transcendenței. Dincolo de sinele primitiv, despre care se poate vorbi și în cazul animalelor, în cel al persoanei umane trebuie să se țină cont de un psihism conștient, în specificul său reflexiv, subiectiv, intențional și asertiv, capabil de libertate și autodeterminare. Psihismul conștient al omului se dimensionează prin asimilarea cunoașterii „teoretice” a lumii, așa cum aceasta e structurată în cadrul socioculturii în care el există. Tot prin intermediul logosului (al limbajului, al narațiunii), subiectul îi caracterizează pe ceilalți (conform studiilor teoriei narativității), intrând în contact cu eroii ideali ai istoriei, cu cei imaginari, de mit sau roman, și e capabil să se caracterizeze și pe sine din perspectivă autobiografică și să se evalueze moral (teoria „celor cinci mari factori” se bazează pe valențele caracterizante ale limbajului).

Individul uman, persoana umană se mai dimensionează prin statute și roluri sociale, prin funcționarea sa în cadrul unor practici

sociale instituționalizate, prin afirmarea valorilor de bine, adevăr și frumos, prin contemplarea transcendenței.

Omul este o ființă biologică și are un psihism în virtutea acestei apartenențe ce-i conferă și o dimensiune socială. Caracterizarea omului ca ființă bio-psiho-socială nu surprinde însă acea latură care să îl diferențieze clar de universul biologic. Eventual, omul, în specificitatea sa, ar putea fi caracterizat ca o ființă dimensionată prin conștiință, logos și spiritualitate.

Psihismul uman se formează însă și se afirmă într-un context specific, cu aspecte și instanțe ce nu se întâlnesc în biologie. Astfel, dacă la individul biologic se poate vorbi deja de un sine (*self*) într-un sens special, la persoana umană trebuie să se aibă în vedere psihismul conștient în specificul său reflexiv, subiectiv intențional și asertiv, capabil de libertate, care se manifestă în interiorul logosului și vizează transcendența. La om, funcționează limbajul asertiv, argumentativ și critic, nu doar cel comunicativ, prezent și la indivizii biologici. Prin limbaj se pot formula expresii, narațiuni, istorii, evaluări, caracterizări și teorii asupra realității. Tot acest univers asertiv formulat prin sisteme semiotice diverse, care au la bază limbajul natural, se desfășoară la un nivel supraindividual, el persistând dincolo de, și deasupra indivizilor umani, cu psihismul lor conștient, asimilând și îmbogățind această instanță a „logosului”. Capacitatea asertivă a limbajului uman joacă, desigur, un rol și la nivelul psihismului conștient al persoanei, care se dimensionează prin asimilarea cunoașterii „teoretice” a lumii, structurată ca și modelele coerente ale realității experimentate, imaginate sau despre care învață în decursul procesului educațional. Tot prin această instanță a logosului și teoreticului, el reușește să descrie și să caracterizeze alte persoane, dincolo de atașamentul direct față de o persoană sau alta și de introjectarea *imago*-urilor altora în structura propriului psihism. Persoana caracterizată se plasează în poziția de persoană a III-a, în poziția de „el”, față de comunicarea între „eu” și „tu”. Pe aceeași

cale, subiectul, cu psihismul său conștient – plasat în perspectiva persoanei I –, intră în contact cu eroi ideali, cei ai istoriei, cei imaginari, de mit sau roman. Ei fac parte din arhetipurile lui Jung, dar, în prezent, sunt studiați prin prisma teoriei relative a persoanei.

Existența umană se definește și prin norme sociale și valori. Instituțiile socioculturale funcționează supraindividual, fiind structurate pe sisteme ierarhice de norme, în cadrul cărora se desfășoară practici umane diverse: învățământ, creație artistică, muncă, politică.

Individul uman, persoana umană cu psihismul său conștient se dimensionează și prin statute și roluri sociale, prin funcționarea sa într-un cadru instituționalizat, care, de asemenea, este supraordonat subiecților individuali.

În sfârșit, existența umană se mai definește și prin instanța valorilor, prin aspirația pe care o exercită adevărul, binele și frumosul, prin vizarea transcendenței, care, într-o primă fază, a fost concepută sacral. În dimensiunea persoanei umane, a psihismului său conștient se reflectă și se oglindesc și aceste instanțe supra-individuale ordonate de norme și valori.

1.4. Temperament și caracter

În prezent, psihologia persoanei se preocupă și de posibilitățile de circumscriere a individului uman prin trăsăturile ce-l caracterizează, prin configurația sa specifică de factori psihologici relativ constanți. Trăsăturile diferențiază oamenii între ei și, de aceea, acest aspect al psihologiei persoanei a fost denumit *psihologie diferențială*. Doctrina trăsăturilor este foarte importantă și pentru problema tulburărilor de personalitate, în ultimele decenii luând amploare preocupările de evaluare dimensională a acestora, folosindu-se concepte și instrumente împrumutate din psihologia generală a persoanei.

Pentru caracterizarea oamenilor s-au folosit, încă din perioada greco-romană, termenii de *temperament* și *caracter*. Treptat, termenul de *temperament* a căpătat înțelesul de ceva înăscut, ce ține de corporalitate și aspectul biologic. Termenul de *caracter* a avut înțelesul general de semn distinctiv ce servește pentru a recunoaște un obiect, a distinge o ființă. În cazul ființei umane, termenul s-a referit la modul obișnuit de a resimți și reacționa, cu accent pe aspectul structurat prin educație și experiență a psihismului. Conceptul a căpătat însă și importante conotații etice privitoare la maniera morală de a se comporta a individului. De aceea, în expunerea problemei caracteriologiei, la un moment dat se va face referire la virtuțile lui Aristotel, la eroii ideali, paradigmatici și la alte aspecte etice ale persoanei.

Tipologia zodiacală

Practica și teoretizarea caracterizării tipologice se întâlnește în aproape toate culturile istorice, fiind corelată cu astrologia și destinul. Noțiunea explicită de *destin* (*soartă*) s-a schimbat treptat de-a lungul istoriei, dar ea este foarte veche. În multe culturi, o serie de ființe supranaturale decid la naștere felul în care va decurge viața omului, așa cum sunt ursitoarele în folclorul românesc. Destinul individual a fost multă vreme corelat cu astrele, cu configurația orientării corpurilor cerești, a planetelor mai ales, în momentul începerii vieții cuiva. Alături de alchimie, astrologia babiloniană și egipteană este una dintre marile contribuții ale acestor civilizații la istoria culturii. Treptat, s-a structurat zodiacul, care, în perioada culturii greco-romane, era deja deosebit de elaborat. El era corelat cu concepția ptolemeică a cosmosului, potrivit căreia planetele – concepute ca zei – se învârt în jurul Pământului, fiecare având o perioadă de ascensiune și una de descreștere. Aceste ființe supranaturale, planetele, zei din lumea „supralunară”, așa cum era descris cosmosul în *Fizica* lui Aristotel, iau sub oblăduirea lor oamenii ce se nasc în perioada în care ele domină firmamentul, imprimă anumite trăsături temperamental-caracteriale,

moduri de comportament, hotărâsc tipul de parteneri favorabili și nefavorabili și o mare parte din destinul secvențial, cel al evenimentelor vieții, inclusiv finalul acesteia.

Anul începea în luna martie (Haman, 2004 ; Dorian, 1993). Luna martie e dominată de planeta Marte și de zeul Marte (Ares, la greci), care era zeul războiului. Animalul reprezentativ al acestuia este berbecul. Cuvântul-cheie ce caracterizează oamenii născuți în această zodie e *acțiune*. Între caracteristicile de bază se menționează : nevoia de a înfăptui, energie, implicare totală, vitalitate, instincte puternice, putere de acțiune. Se observă ușor că trăsăturile sau caracteristicile sunt din aceeași clasă, fiind epitete care au „un aer de familie” – cum ar spune Wittgenstein (2004).

Astrologia actuală dezvoltă caracterizarea de ansamblu în sub-puncte : pentru bertec, de exemplu, tema de viață este de punere în valoare, cu agresivitate, a propriei persoane. Motivația personală este de a acționa din plăcerea de a acționa, de a se mișca, dar și dorința autovalorificării. Scopul este puterea de a iniția și punerea în valoare a propriei persoane, iar învățătura de însușit, aplicarea corectă a agresivității.

Esențial în caracteriologia zodiacală este numărul finit de tipuri. Există 12 zodii și deci 12 tipuri. Diferențierea se face prin perioada ascendentă sau descendentă a zodiei, apoi prin conjuncția între planete și, în sfârșit, prin suplimentul pe care îl introduc ziua și ora nașterii, ba chiar și locul.

Interesant este că interpretarea zodiacală a caracterului, a destinului și chiar a aspectelor faste și nefaste ale desfășurării vieții oamenilor pe zile și săptămâni s-a păstrat în zona populară mult timp după ce concepția ptolemeică asupra cosmosului a fost abandonată și orice suport „științific” nu a mai putut fi invocat. Pentru corelația cu destinul, semnificative sunt cele scrise în *Cetatea Soarelui* de către Campanella (1959), în secolul al XVI-lea. În cetatea ideală, procrearea este planificată strict și științific, în conformitate cu influențele

planetelor, pentru a se naște doar oameni sănătoși și cu un destin bun. Tinerii cărora li se permite să aibă copii sunt numiți procreatori.

În zilele noastre, astrologia persistă în revistele populare, la radio și televiziune, anunțând fiecăruia, în funcție de zodiacul său, șansele în săptămâna sau ziua care începe.

Există, desigur, și alte sisteme zodiacale, care nu sunt ordonate de astre. Cele chinezești presupun influența lunii sau a plantelor și florilor. Zodiacul arab distinge între firile oamenilor – probabil numai bărbați – după tipul de armă : briceag, pumnal, cuțit, buzdugan și altele, dar toate zodiacele circumscriu un număr finit de tipuri temperamental-caracteriale.

Tipologia hipocrato-galenică

O altă variantă celebră a tipologiei temperamental-caracteriale este cea a medicinei hipocratice. Ea pornește de la nivelul biologic, de la interpretarea funcționării echilibrate a corpului uman. Așa cum, în gândirea greacă, psihismul era o caracteristică biologică ce se extindea fără discontinuități până la om, cele patru umori ce stau la baza funcționării echilibrate a corpului sunt și garantul funcționării normale sau anormale a psihismului. Este o primă și excelentă înțelegere atât a unității bio-psihice, cât și a legăturii dintre fond și episodul de viață trăit maladiv.

La baza sistemului stau patru umori : sângele, flegma (pituita), bila galbenă și cea neagră. Ele pot fi în exces sau în deficit, în echilibru sau dezechilibru, în permanență sau circumstanțial. Predominarea constantă a uneia dintre umori definește un tip temperamental, cum ar fi sangvinicul sau melancolicul. Excesul mai mult sau mai puțin circumstanțial în contextul unui dezechilibru major poate defini însă și o boală, așa cum ar fi mania sau melancolia. Aceeași problemă e pusă în prezent în psihiatrie, în termenii legăturii dintre patologia psihică identificabilă pe Axa I și pe Axa II.

Hipocratismul a fost o doctrină medicală care a subliniat importanța pe care medicina o are în antropologie. De altfel, cultivarea unui trup sănătos – prin gimnastică –, dar și a frumuseții echilibrate a trupului a fost o constantă a culturii grecești, preocupată de ideea de proporție și armonie, în contrapondere cu tendința spre exces (*hybris*), tipică spiritului grec.

Și tipologia hipocrato-galenică subliniază un număr finit de tipuri: patru. Desigur, aceasta era în concordanță cu semnificația mai generală a cifrei 4, centrată de cele patru elemente, pe perfecțiunea cifrei 4 susținută de Pitagora etc.

1.5. Virtuțile lui Aristotel și caracterele lui Teofrast

Grecii antici au adus o contribuție importantă în domeniul caracterologiei, odată cu dezvoltarea de către Aristotel (1988) a teoriei virtuților în cadrul eticii, în care e comentată „viața virtuoză” a cetățeanului atenian. De fapt, tema virtuților apare implicit în orice societate istorică și se fixează mai întâi în epopei. Eroii ideali ai acestora au o serie de trăsături constante și pregnante, detectabile în comportament; admirați ca atare de comunitate, devin modele de imitat, putând exercita o considerabilă influență asupra unor generații întregi. Așa cum s-a repetat mereu, *Iliada* a educat Elada. Eroii epopeilor excelează în anumite domenii, fiind deci posesori de *areté*, termen grecesc ce a fost tradus în latină prin *virtus* („virtute”). Curajul e una dintre aceste virtuți. Datorită lui, ceilalți pot avea încredere în eroi. Prietenia, fidelitatea, onoarea se leagă de curaj și reprezintă și ele virtuți. Uneori, chiar și șiretenia, ingeniozitatea, așa cum o dovedește Odiseu, au același rol. Eroii de epopee, la fel ca și tipurile zodiacale, au o anumită soartă, în viața lor intervenind frecvent zeii. Eroii pot fi însă și muritorii obișnuiți, cum e Penelopa, soția fidelă a lui Odiseu. Toate aceste trăsături de caracter apar prezentate ca virtuți.

Aristotel precizează cum ar trebui să se desfășoare, sub forma excelenței și a virtuții, comportamentul cetățeanului atenian liber, ce își trăiește viața de zi cu zi exercitându-și funcțiile sociale, în mijlocul concetățenilor săi, în cadrul polisului grecesc, la începutul elenismului. Printre virtuți, alături de curaj, Aristotel enumera stăpânirea de sine, înțelepciunea, faptul de a promova dreptatea, de a spune adevărul, de a fi cinstit, generos, de a avea un suflet mare, de a fi bun cetățean. Cultivarea virtuții presupune alegerea căii de mijloc, spune Aristotel, între prea puțin și prea mult, evitând excesul. Ea e posibilă prin decizia liberă a omului, ceea ce presupune o anumită libertate de autodeterminare, de autoformare. Aristotel abordează tema virtuților în perioada scrierii și reprezentării marilor tragedii grecești, în care se considera că omul e supus destinului, care își pune amprenta nu doar pe firea sa – ca în zodiac –, ci și asupra evenimentelor din istoria vieții sale. Cetățeanul polisului caută să se autoconducă. Omul virtuos este capabil de alegere liberă, iar această observație nu se face în raport cu omul zodiacului. Omul caută fericirea și urmărește binele, iar calea de urmat este practicarea virtuții. Aceasta presupune stăpânirea de sine, libera alegere și găsirea unei căi de mijloc între lașitate și temeritatea nesăbuită. La fel, cumpătarea, generozitatea, mărinimia, grandoarea sufletească, blândețea, pudoarea, cultivarea dreptății, echitatea, stăpânirea de sine sunt virtuți la care se ajunge prin efort și alegere liberă între extreme. Comentariul etic trasează principiile conduitei individului în comunitate, constituind o perspectivă de caracterizare. Astfel, unii oameni pot fi lași, zgârciți, nesăbuiți, nedrești, neprietenosi, lipsiți de stăpânire de sine. Este un alt model decât cel al temperamentului hipocratic și al caracterului zodiacal. Multe aspecte extreme ale firii, între care omul virtuos ar trebui să păstreze un echilibru, pot fi considerate în prezent drept caracteristici ale tulburării de personalitate, ca, de exemplu, lipsa stăpânirii de sine. De aceea, e regretabil că actualele comentarii în domeniu nu fac referire la virtuți.

Virtuțile, ca principii de conduită și criterii de caracterizare, au continuat să joace un rol important în cultura Europei, fiind preluate – după elaborările stoicismului, epicurianismului și scepticismului – de creștinism și funcționând până în secolul al XIX-lea. Dar deja din perioada imediat următoare lui Aristotel ceva se schimbă în modul de abordare, care devine pluristratificat.

Teofrast a fost elevul preferat al lui Aristotel. S-a păstrat o lucrare a sa de bătrânețe, care a fost folosită de La Bruyere (Teofrast, 1966) ca parte introductivă a operei sale, *Caracterele sau moravurile acestui veac*, publicată în secolul al XVII-lea. În opusculul lui Teofrast sunt descrise 30 de tipuri de persoane sub următoarele denumiri: 1. prefăcutul; 2. lingușitorul; 3. flecarul; 4. grosolanul; 5. amabilul; 6. neobrăzatul; 7. guralivul; 8. născocitorul de știri; 9. obraznicul; 10. zgârcitul; 11. mojicul; 12. inoportunul; 13. pripitul; 14. prostănacul; 15. brutalul; 16. superstițiosul; 17. nemulțumitul; 18. neîncrezătorul; 19. nesimțitul; 20. prost-crescutul; 21. înfumuratul; 22. cărpănosul; 23. lăudărosul; 24. îngâmfatul; 25. lașul; 26. oligarhul; 27. întârziatul; 28. bârfitorul; 29. prietenul celor netrebniți; 30. calicul.

La fiecare paragraf avem o descriere detaliată a unui mod de comportament criticabil, sub forma de caz tipic „ideal”. Toate tipurile sunt negative. Ele nu reprezintă modele de virtuți, ca în cazul eroilor de epopee sau în comentariul lui Aristotel din *Etica Nichomachică*. E vorba de persoane ce se pot întâlni în viața de zi cu zi, în cetatea antică sau în mediile urbane moderne. Tipurile descrise de Teofrast puteau avea corespondent în genul minor al comediei grecești. Se deschide astfel un alt capitol al caracterizării persoanelor, prin modul lor de manifestare zilnică în societate, în mare măsură criticabil. Spre deosebire de virtuțile lui Aristotel, aceste trăsături de caracter nu reprezintă o medie între extreme. Despre laș se poate spune că e opusul curajosului, iar despre zgârcit că este opusul mărinimosului, dar flecarul, guralivul, amabilul,

neobrăzatul nu au corespondent în planul virtuților. Apare deci ideea că oamenii pot fi caracterizați prin unele trăsături pregnante ale comportamentului lor, fără să căutăm în toate cazurile trăsături de profunzime, de tipul virtuților ce țin de principii. Această stratificare re apare în psihologia trăsăturilor din secolul XX, care uită însă de tema virtuților. O parte dintre tipurile lui Teofrast exprimă trăsături pe care le regăsim în prezent la persoane cu tulburări de personalitate, fapt care, de altfel, a fost remarcat (Tyner, 2000), cu toate că multe dintre trăsăturile ce descriu, în zilele noastre, tulburări de personalitate nu sunt prezente : izolarea socială extremă, dependența, bizareria, instabilitatea, hiperexpresivitatea, agresivitatea interpersonală.

Prin contribuția lui Aristotel și Teofrast, diferențierea dintre oameni a început să se facă în baza dimensiunii morale a caracterului. De atunci și până în prezent, sintagma „om de caracter” definește un om care posedă anumite virtuți.

Înțelegerea și definirea virtuților a variat în funcție de coordonatele epocilor și culturilor. Lumea medievală europeană a propus, ca virtuți cardinale, dreptatea, înțelepciunea, cumpătarea și curajul, alături de cele teologice, precum credința, speranța, iubirea. Apoi, în alte vremi, s-au impus virtuți ca perseverența în muncă, spiritul de economie (chiar zgârcenia), spiritul de familie, patriotismul. Franklin include printre virtuți curățenia, tăcerea, hărnicia. Setea de îmbogățire, care, pentru greci, era un viciu, devine o virtute la începutul capitalismului. Au mai fost trecute printre virtuți sinceritatea și statornicia ; în alte împrejurări, intoleranța și spiritul de sacrificiu, iar alteori toleranța și spiritul colectivist. La sfârșitul secolului al XIX-lea, Nietzsche a lansat un virulent atac împotriva moralei tradiționale creștine, dar și a virtuților. Inamicul lui principal era Socrate, care a inițiat etica pe care a dezvoltat-o Aristotel prin virtuți. Sugestia lui Nietzsche, ca omul să se plaseze „dincolo de bine și de rău”, era o invitație la creativitate și afirmare nețârmurită a celor capabili, care nu se mai împiedică de noțiunea kantiană a demnității omului și nici de ponderea pe care o pretind virtuțile lui Aristotel. Omul

puternic și creator are de partea sa adevărul și dreptatea. Prin aceasta însă dispare și valoarea diferențiatoare a virtuților și a trăsăturilor de caracter, iar în opoziție cu supraomul creator rămâne doar „omul fără calități”.

După Nietzsche, ideea de virtute nu a mai fost promovată cu vigoare, ea persistând însă în mediile oficiale ale secolului XX, subteran, ca factor important al existenței oamenilor ce se manifestă în viața de zi cu zi; împreună cu aceasta a supraviețuit dimensiunea morală a caracterului. Psihologia persoanei, care a apărut în secolul XX în diversele ei variante, inclusiv caracteriologiile științifice ale acestui veac, nu abordează problema moralității, excepție făcând comentariile psihanalizei cu privire la supraeu, și deci nici virtuțile sau trăsăturile de caracter cu conotație morală, care se evidențiază în cursul conviețuirii oamenilor în cetate, așa cum susținea Teofrast. Totuși, deși caracterizarea unei persoane prin trăsături și cea care are la bază aspectele morale sunt paralele până la un punct, se pot intersecta în multe zone, după cum se și pot asimila reciproc, masca sau potența.

1.6. Tipologia eroilor de ficțiune

Există un alt plan de caracterizare a oamenilor, care se desfășoară, în primă instanță, în planul logosului, al eroilor de ficțiune, al considerării persoanei ca erou de narațiune de un anume tip. În general, caracterizarea unui om e făcută, în primul rând, de alți oameni – prin comentariu, bârfă, relatare sau narațiune. Individul uman e considerat acum la persoana a III-a, aflată în centrul povestirii, între un „eu” și un „tu”, care vorbesc despre un „el” absent. În plus, subiectul însuși povestește altora și sieși – deci tuturor celor trei instanțe ale persoanei – date despre sine, despre istoria vieții lui. Pe această bază – și nu doar prin înregistrarea directă a unor comportamente observabile – e posibilă o caracterizare, centrată pe virtuți ori trăsături

sau, altfel spus, definirea unui caracter prin virtuți și trăsături constante.

În Europa de după Renaștere s-a dezvoltat cultura portretelor pictate și a romanelor. Don Quijote e un personaj în carne și oase ce ajunge să aibă mintea rătăcită de pe urma lecturării a prea multor romane cavalierești, care prezentau eroi schematici, exemplificând virtuțile cavalerilor, pentru ca, apoi, să devină, la rândul său, un erou de ficțiune paradigmatic, un posibil model pentru oameni „în carne și oase”. După lectura romanului, oricine îl poate „caracteriza” pe Don Quijote, cu firea lui blajină, comportamentul ales, dialogul argumentat, rostirea înțeleaptă și fixarea sa neobișnuită pe idealuri neimportante pentru cei din jur, idealuri împărtășite de eroii cărților pe care le-a citit. În legende, povești, mituri, eroii întruchipează idei, virtuți și trăsături de caracter, expresive și morale, într-un mod tipic, ideal.

Doctrina aristotelică a virtuților s-a format pe marginea literaturii homerice și a problematicii omului din tragediile grecești, pentru a ghida comportamentul în noua situație a polisului grec, iar Teofrast s-a inspirat din comediile vremii și din caracterizările făcute în cursul vieții de zi cu zi a oamenilor ce trăiau la Atena și care cooperau pe baza simțului lor comun. Pentru omul real, eroii de literatură, de ficțiune pot fi modele educative, de formare a propriei personalități, uneori prin identificare, alteori prin contrast sau prin meditații asupra destinului în diverse împrejurări. Romanele Europei au subiecte și eroi mai aproape de viața de zi cu zi decât legendele biblice, la fel cum portretele pictate sunt diferite de icoane și de scenele mitologice. Ele s-au prezentat ca o țesătură de biografii a unor ființe, a unor eroi posibili.

La confluența dintre epopee, legendă, povestire fantastică, istorie, biografie, autobiografie, memorii, jurnal și relatare, genul literar al romanului etalează istorii de viață ale unor persoane prezentate în complexitatea caracterului lor. Universul eroilor de ficțiune – al

„ființelor intermediare” – a jucat un rol important în caracteriologie (Lăzărescu, 1994). La greci, zeii și semizeii din legendele și poveștile lor aveau caractere puternice. Apar apoi eroii de epopee, de dramă și comedie, la fel și cei din istoriile ce începeau să se scrie. În Europa, literatura romanescă a impus multiple modele caracteriologice cu destine particulare, dintre care pot fi enumerați: Doamna Bovary, Julien Sorel, Oblomov, Ana Karenina, Nora, precum și eroii teatrului lui Shakespeare și Molière, ale romanelor lui Balzac și Dostoievski. Pe lângă descrierea moravurilor și a particularităților de caracter, romanele, operele de ficțiune evidențiază și perioade de formare, drumuri de viață, confruntarea cu diverse evenimente, conflicte și deznodăminte, schimbări, metamorfoze, finaluri de viață, decupând sinteza existenței umane a „personajelor”, astfel încât în ele să poată fi descoperite și virtuțile acestora, așa cum gândea Aristotel. Între „personajele” literaturii și persoanele vii, „în carne și oase” există în permanență un flux în dublu sens, o întrețesere și potențare reciprocă.

O concluzie a comentariului de mai sus este aceea că tema virtuților, a caracterului moral ca parte centrală a caracteriologiei – dar și configurarea trăsăturilor – e corelată cu existența oamenilor nu numai în desfășurarea efectivă a acesteia, ci și în reluarea ei în crearea personajelor, prin relatare, povestire, comentariu, interpretare, evaluare, deci prin reflectarea sa secundă în instanța logosului. Scriind despre virtuți, McIntyre (1998) sintetizează următoarele idei:

Acțiunile omenești sunt narațiuni în act. Trăindu-ne viața, toți trăim narațiuni și ne înțelegem viața în cheie narativă. Pe această cale se realizează coerența întregii vieți a omului până la o anumită vârstă, identitatea sa în urma experiențelor trăite și sensul acestei existențe. Viața noastră, intersectată cu a altora, este angrenată în practici în cadrul cărora putem excela. Virtutea constă în excelența noastră în împlinirea practicilor în cadrul cărora interacționăm cu ceilalți și care

rezultă din sinteza poveștii vieții noastre, prezentată explicit sau resimțită implicit. Doar evaluând pe baza narațiunii vieții, dăm semnificație virtuții.

Existența oricărei persoane umane conține în ea, cel puțin potențial, o instanță a personajelor.

1.7. Portretul, fiziognomia și bio-psiho-tipologia secolului XX

În Europa de după Renaștere s-au dezvoltat portretele și autoportretele pictate. Pictorul ce realizează portretul unui adult poate surprinde aspecte esențiale nu doar ale formei feței, ci și ale firii acestuia. În portretul bine pictat putem vedea dacă eroul e naiv sau intransigent, nehotărât, fricos, mândru, alunecos, stăpân pe sine, perfid, resemnat, curat suflețește, naiv. Aceasta pentru că, până la vârsta respectivă, experiențele vieții au sedimentat în om esențialul modului în care el s-a manifestat în variate situații și evenimente, iar portretistul, contemplând chipul acestuia, îl poate surprinde caracterial în toată complexitatea sa. Pe de altă parte, portretele membrilor unei familii, adunându-se în galeria de portrete, înfățișează oameni ce se aseamănă între ei, au „un aer de familie”, deși prezintă și multe deosebiri, multe particularități.

De curând a apărut în arta portretului caricatura, care subliniază specificul individului, caracterizându-l pregnant. Există însă o altă mare tradiție a portretisticii figurative care încearcă să surprindă „caracteristicile caracteriale” ale unei persoane, pe baza virtualei asemănări a acesteia cu animalele. Se consideră că animalele au un specific tipologico-psihiologic temperamental, caracterial, moral chiar, subliniat de folclor, fabule, mitologie, blazoane, heraldică. Astfel, încă din Antichitate a apărut tradiția fiziognomonică (Baltrusaitis, 1972); sunt citate tratatele lui Pseudo-Aristotel, Polemon, Adamantias,

Pseudo-Apulus. În Pseudo-Aristotel se poate citi : „Boii sunt domoli și leneși. Au vârful nasului gros și ochii mari. Leii sunt generoși și au nasul rotund și turtit, ochii relativ adânciți în orbite. Cei care au imprimate pe figură asemenea particularități sunt leneși sau generoși”.

În secolul al XIII-lea apar multe traduceri ale cărților de fisionomie animală. În acest context apare și lucrarea *Liber physiognomiae* a lui Michael Scot, astrologul și magicianul lui Frederic al II-lea, ce se bazează pe surse grecești și arabe. De fiziognomie se ocupă și Albertus Magnus sau Roger Bacon. În secolul al XV-lea, această doctrină e ilustrată în *Speculum Phisionomiae* a lui Michele Savonarola (1450). Lucrarea e un ghid pentru suverani în care se arată că oamenii se nasc sub semne astrale care le definesc caracterul și înfățișarea. Firea lor corespunde nu numai celor patru elemente – și temperamente –, ci și celor patru animale : flegmaticul are temperamentul mielului, sangvinicul, neastâmpărul maimuței, melancolicul este asociat porcului, iar colericul, leului. Un moment celebru îl constituie *Fisiognomia umană* de Gianbattista della Porta (1541-1615), care apare în 1596 la Napoli. Corelația între caracterul omului și al animalelor e intens subliniată și susținută cu desene convingătoare. Figuri proeminente ale romanilor sculptați sunt reproduse alături de imagini ale animalelor. Servius Sulpicius Galba are figura și caracterul unui vultur, iar Socrate, ale unui cerb. Sunt prezentate desene expresive de om-leu, de om-bou, om-câine.

Ulterior, în corelație cu aspectul și caracterul animalelor, de fisionomie s-au ocupat Rubens, Leonardo da Vinci, dar mai ales Charles Le Brun, care creează și sisteme de măsurare pentru a-și demonstra teoria. Prin poziția înaltă ce o avea la curtea Franței, acesta a teoretizat o caracteriologie uman-animală, bazată pe virtuți și defecte, care să orienteze suveranul în alegerea sfetnicilor. E interesant că presupusa asemănare cu animalele nu a sugerat doar o caracteriologie temperamentală, ci și una a calităților morale.

Către sfârșitul secolului al XVIII-lea, ca figuri proeminente în fiziognomie se impun olandezul Camper (1721-1789) și elvețianul Lavater. Camper e convins de „uimitoarea concordanță” ce există în privința aspectului feței – și deci a caracterului – între patrupede, păsări, pești și om, iar desenele lui încearcă să demonstreze acest lucru. Lavater, care era teolog, încearcă să surprindă în studiile sale de fiziognomie aspecte ale caracterului în expresia feței. Inițial nu a dat o mare importanță corelației cu animalele, dar și-a schimbat opinia influențat lui Goethe.

Secolul al XIX-lea a continuat tradiția celor precedente, remarcabile fiind desenele lui Doumier, corelate și ele cu sfera politicului, dar acum perspectiva se schimbă. Doctorul Gall (1758-1828) propune o nouă disciplină științifică: frenologia. Controlul sufletului nemaifiind realizat de inimă, ci de creier în ansamblul său – nu doar de glanda pineală, invocată de Descartes –, constituția creierului concentrează virtuțile, în diverse locuri ale sale, care devin mai mult sau mai puțin proeminente. Faptul s-ar repercuta asupra oaselor craniului, iar structura formei acestuia în zona creierului, și nu a feței, ar indica structura morală a omului. Deși ideea lui Gall a avut urmări importante în știință, conducând la preocuparea pentru localizarea cerebrală a diverselor funcții, interesul pentru trăsăturile faciale ca expresie a caracterului omului se restrânge treptat, în paralel cu declinul portretului. La vremea lor însă, ideile lui Gall erau atât de importante încât Hegel le-a comentat pe larg în *Fenomenologia spiritului* (1807).

Cercetările de fiziognomie în tradiția inițiată de Lavater continuă și în prezent, mai ales în Școala Franceză, care se consideră urmașă a lui Sigaud. De exemplu, Spinetta (1987) ia în considerare aspectul general al feței, fruntea, nasul, maxilarele, dar și expresivitatea sa constantă, mai ales prin privire și zâmbet. În plus, în prezent ne stau la dispoziție și fotografiile, înregistrările video în diverse împrejurări,

interpretarea matematico-cibernetică a expresivității mimico-gestuale. Ansamblul acestor mijloace moderne nu poate însă înlocui sinteza pe care o făcea portretismul, care contempla existența unui *alt* om, așa cum răzbătea aceasta în expresivitatea chipului său. Căci, dacă din copilărie reușim să înțelegem intențiile situaționale ale altcuiva – așa cum demonstrează „teoria minții” –, înțelegerea morală a celui alt necesită timp, contemplare și sinteză.

Identitatea unei persoane în perspectivă tipologică sau în sens de ființă unică, ancorată în corporalitatea sa, rămâne, și în prezent, o problemă de investigat, o temă de studiu.

1.7.1. *Bio-psiho-tipologia în secolul XX*

Faptul că există o legătură între corporalitate și psihism – în sensul unei tipologii – a fost sugerat de doctrina hipocratică, ce nu aduce însă în discuție forma corpului. Tradiția fiziognomică a Europei s-a concentrat pe expresivitatea feței și moralitate. La sfârșitul secolului al XIX-lea, teoria degenerescentei și doctrina lui Lombroso au stimulat din nou ideea legăturii dintre ansamblul corporalității înnăscute și psihismul individului. Era o reacție împotriva localizaționismului anatomo-patologic ce se impusese prin Wirchow în medicina secolului al XIX-lea. Descoperirea funcțiilor glandelor endocrine și a integrării ce o realizează sistemul nervos central a stimulat preocupările față de această temă în medicină și personologie. În acest context, apar biotipologiile lui Pende, Viola, Sigaud, Kretschmer. O parte dintre aceste doctrine se înscriu în paradigma numărului finit de tipuri, cultivată de astrologie și hipocratism, chiar dacă, prin rubrica intitulată „și altele”, lasă o porțiță deschisă spre varietate.

Din această mișcare, pentru problema psihiatrică a tulburărilor de personalitate, momentul cel mai remarcabil este datorat lui Kretschmer (Kretschmer, 1930 ; Kunst, 1988). Pornind de la perspectiva psihiatrică,

Kretschmer, profesor la Tübingen, susținea că există o corelație între forma corpului – aspectul vizibil corporal al persoanei în ansamblu, ce poate fi înregistrat și măsurat – și particularitățile sale psihologice de fond, temperamental-caracteriale. Nu se are în vedere doar chipul, ca în fiziognomia predominant morală, ci întregul corp, ca în doctrina temperamentelor. Tipul morfologic „picnic”, cel cu linii rotunde și predispus spre îngrășare, cu umeri mici și abdomen mare, cu nas, bărbie, urechi și fața, în general, rotunjite, fără linii colțuroase sau sistem muscular bine dezvoltat, este un tip morfologic care, din punct de vedere psihic, este spontan, sociabil, firesc, natural, neproblematizant, vesel sau trist, prietenos, petrecăreț, superficial. Lista calificativelor caracterizante nu e sistematic organizată sub aspect științific psihologic și nu e nici argumentată, ci alcătuită intuitiv. Ipoteza și doctrina lui Kretschmer merg mai departe. Acest tip bio-psihologic poate avea variante anormale sub aspect caracterial, cu manifestări depresive și hipomane. În plus, e predispus spre boala psihică denumită psihoză maniaco-depresivă.

Alături de tipul morfo-psihologic „picnic”, se mai descriu tipurile „leptosom” (astenic) și „muscular-atletic”. Fiecare e descriabil printr-un aspect corporal care poate fi comentat în anumiți termeni: „leptosomul” este subțire, cu trăsături colțuroase, iar din punct de vedere psihic e un astenic, introvertit, problematizant, indecis, lipsit de spontaneitate, ezitant, care leagă greu prietenii și se ocupă de abstractizări. Din punctul de vedere al personalității anormale, el apare ca un schizoid, iar în caz de boală psihică e, în general, predispus spre schizofrenie. „Muscular-atleticul” seamănă cu statuile lui Hercule și cu atleții culturști. Sistemul osos și muscular e bine dezvoltat, capul e pătrat, cu linii bine conturate, gâtul puternic, umerii largi, bazinul mic. Fața are trăsături ferme. Sub aspect psihologic, e un om ordonat, meticolos, care progresează lent în acțiune, din aproape în aproape, fiind perseverent până la final. E stabil afectiv, hipomotiv, constant în prietenii și relații, de încredere – dar rigid –, se

adaptează greu la noutăți și nu este impulsiv și spontan. Cumulează afectele negative, le controlează mult timp, pentru ca, la un moment dat, când „paharul s-a umplut”, să reacționeze brusc, exploziv, necontrolat, ulterior putându-i părea rău. Iar ciclul se repetă. Ca persoană anormală, ar corespunde „epileptoidului”, așa cum fusese descris în epocă, ca o „constituție” (în accepțiunea lui Minkowska). În psihopatologie, ar corespunde epilepsiei. Aceste trei tipuri ale lui Kretschmer ar avea, conform autorului, corespondente și în lumea creatorilor, mai evidente fiind cele din lumea scriitorilor.

Ideile lui Kretschmer au fost reluate de către Sheldon, care a propus o fundamentare teoretică. Cele trei tipuri de bază ar avea ca fundament dezvoltarea celor trei foije embrionare : ectoderm („picnicul”), endoderm („leptosomul”), mezoderm („muscular-atleticul”). S-au reluat măsurătorile corporale și psihologice, s-a procedat la fotografierea mai multor cazuri și la suprapunerea fotografiilor pentru a se obține o „fotografie tip”, sintetică, dar această doctrină și drumul pe care ea s-a angajat nu au dus nicăieri.

Preocupările față de tipologia umană, cu rădăcini în biologie, s-au păstrat în decursul secolului XX și în alte perspective de cercetare. Una a fost cea privitoare la domeniul activității corticale a sistemului nervos central, în continuarea studiilor lui I.P. Pavlov. Acestea au păstrat, în general, modelul celor patru tipuri, definite în paradigma tipurilor lui Hipocrate. O altă variantă, mai nouă, se bazează pe neurotransmițătorii ce stau la originea unei tipologizări tot cu patru variante temperamentale, promovată de Cloninger.

1.8. Cele două metode în caracteriologie

Temperamentul și caracterul ajută la descrierea, clasificarea, identificarea și individualizarea oamenilor. Se are în vedere polul corporal-biologic al omului, precum și cel psihologic, atât în dimensiunea

temperamentală a acestuia – de sorginte biologică –, cât și în cea specific umană, centrată pe eul conștient și descriabilă prin logos, pe baza expresivității sale specific umane.

Caracterizarea oamenilor se realizează după două metode. Una pornește de la principii și delimitează un număr finit de clase, individul urmând să aparțină uneia dintre ele și să exprime atributele acesteia. Așa s-a procedat în tipologia zodiacală și în cea hipocratică. Cealaltă metodă pornește de la descrierea de portrete cazuistice pregnante, care se cumulează inductiv într-o „galerie de portrete”, se grupează în „zone de acumulare”, în conformitate cu „un aer de familie”. Psihologia diferențială a trăsăturilor din secolul XX combină aceste variante, luând ca punct de plecare lexicul caracterizant și o ierarhie a modurilor de manifestare ale persoanei, a trăsăturilor sale, dar și tipologia categorială a tulburărilor de personalitate.

1.9. Perspectiva conceptului de *persoană*

Din suita de concepte care circumscriu individualitatea realității umane – individ, subiect, subiectivitate, eu, conștiință, temperament, caracter – conceptul de *persoană* a părut a fi, la un moment dat, o cheie de boltă. În prezent, sitagma de *persoană umană* este mult folosită.

Conceptul de *persoană* are însă o istorie în care corelația cu individul uman real și concret nu e pregnantă de la început. Oricum, noțiunea de *persoană* nu era semnificativ corelată cu cea de *caracter*, cu puțin până la sintezele lingvistice și conceptuale din secolul XX, în care s-a încercat să se constituie și o psihologie a persoanei.

După cum se știe, termenul de *persoană* derivă din latină (*persona*) unde se referea inițial la masca purtată de actor la teatru, pentru a se încadra în generalitatea unui tip de erou, vesel sau trist.

Masca avea și calitatea de a amplifica sunetul (etimologic, *persona* derivă de la *personare*). Este vorba deci de o „față” simbolică, de reprezentare a unui erou fictiv. Echivalentul grec era *prosopon* care înseamna, de asemenea, „față” a ceva, a unei armate, nave, inclusiv a unui om, dar și figură artificială, mască de teatru. De la început, *persoană* s-a referit la reprezentarea cuiva de către cineva, nu doar pentru sine, ci și pentru alții. Suntem într-un domeniu care nu e cel al manifestării nemijlocite a individului, ci într-unul mijlocit prin mască – față, chip – și personaj – care se afirmă, există practic în instanța povestirii relatate, a piesei reprezentate, a mitului invocat, a unui text lecturat, dar și al biografiei sau autobiografiei potențiale a fiecărui om.

Conceptul de persoană în jurisprudență

Conceptul de *persoană* este pe larg utilizat în jurisprudență (Popa, 2005). Dreptul roman a statuat conceptual de *persoană juridică* pe care l-a transmis apoi Europei, astfel încât acesta există ca atare și în zilele noastre. Dreptul de astăzi înregistrează studii speciale pe această temă, în care se discută despre persoană ca subiect de drept. Aceasta este prestatoare de drepturi și obligații în societățile civile organizate politic. La capitolul „Persoană fizică” în tratatele de drept e menționată identificarea acesteia prin nume, domiciliu, stare civilă, i se înregistrează apariția (prin înscrierea în registrul Stării Civile) și dispariția (printr-un act oficial de ștergere din registrul Stării Civile). Ei i se recunoaște dreptul la proprietate și la folosire a acesteia. E recunoscută, de asemenea, „persoana juridică”, ce constă dintr-o asociere sancționată contractual, prin care două sau mai multe persoane fizice se obligă să pună ceva în comun pentru atingerea unui scop determinat.

„Persoana” din jurisprudență nu are nici o legătură directă cu afirmațiile făcute din perspectiva temperamentului și caracterului, a

subiectivității, eului, conștiinței și sinelui individului uman. Ea e o funcție de reprezentare care, totuși, în societatea de drept, încadrează și urmărește din umbră persoana reală, de la nașterea acesteia (uneori chiar înainte de naștere) și până la moarte (care, și ea, trebuie înregistrată juridic). Perspectiva juridică asupra persoanei a jucat un rol în conceperea noțiunilor sociologice de „statut” și „rol social”, care au o legătură ceva mai strânsă cu viața trăită a subiectului.

Conceptul de persoană în dogmatica creștină

Conceptul de *persoană* a făcut o carieră strălucită nu numai în drept, ci și în dogmatica creștină. Creștinismul fiind o religie care mărturisește un Dumnezeu în trei ipostaze, legătura dintre acestea se cerea cumva circumscrisă și explicată. După ce Conciliul de la Niceea a stabilit dogma consubstanțialității acestor ipostaze, ea trebuia detaliată. Astfel, s-a împrumutat conceptul de *persoană* din jurisprudență, domeniu foarte important în Imperiul Roman, în cadrul căruia se forja dogma creștină. Persoanele sunt concepute, de regulă, față în față și mereu în comunicare. Astfel, s-a rezolvat nu doar paradoxul unității în treime, ci și teza comunicării, prin iubire, a celor trei persoane dumnezeiești. Precizarea a fost făcută de Boetius (Boetius, 1992). Se definește astfel că persoana este „substanță individuală rațională”, iar conceptul e propriu ipostazelor lui Dumnezeu, care, în esență, e unic. Se mai adaugă faptul că nu oricărei naturi i se poate aplica termenul de *persoană*.

În universul lumii creștine, conceptul de *persoană* a fost atribuit lui Dumnezeu, și nu omului. Această atitudine s-a prelungit până la sfârșitul secolului al XVIII-lea și până la opera lui Kant. Și în prezent, în bisericile creștine, dogma vorbește constant și insistent despre „persoanele divine”. Faptul e valabil și în ortodoxism, amplu prezentat și comentat în România de părintele Stăniloae (1987). Privitor la iubirea dumnezeiască, putem cita :

Dumnezeu e din veci iubitor, înainte de creație, de timp; e iubirea între persoanele trei; [...] în iubire se arată distincția între persoanele ce se iubesc și unirea între ele pe măsura iubirii reciproce; [...] cel iubit e altul decât tine și este unit cu El; [...] prin iubire se afirmă mișcarea interioară a Sfintei Treimi, unirea totală dintre cele trei persoane, odihna fiecăreia în cealaltă – perihoreză –, având fiecare în celelalte totul și neavând de a căuta ceva dincolo de ele...

Conceptul de persoană în perspectivă etică

Omul e capabil de iubire prin reflex divin, prin faptul că e creat după chipul și asemănarea lui Dumnezeu. Aceasta i-ar conferi și o calitate secundară de persoană, dar numai pentru a se întoarce către Dumnezeu, pentru a-l iubi. Persoana a fost pentru om multă vreme o calitate secundară, iar omul a fost descris ca atare în afara conceptului de persoană, chiar și după parțiala sa „răzvrătire” față de Dumnezeu din vremea Renașterii, când s-a pus accentul pe unicitatea individului uman. Acesta era considerat ca având o demnitate proprie, un rang mai puțin umil în fața lui Dumnezeu decât se considera înainte, fapt ce a condus chiar la unele idei temerare ale afirmării de sine, cel puțin în planul politic (Machiavelli) și al manipulării maselor (Giordano Bruno). Acest individualism a căpătat o altă față odată cu doctrina protestantă, care pretinde omului să aștepte harul lui Dumnezeu în intimitatea propriei subiectivități, iubindu-l și rugându-se tot timpul la fel. Omul european și-a descoperit noi virtuți individuale odată cu etosul capitalismului, care, cum spunea Weber (1933), are la bază etosul protestant.

Apropierea omului de statutul de persoană se face pe acest fond al creșterii individualismului, a stimei de sine și a încrederii în sine, a valorificării propriei demnității, la nivelul unei conjuncții dintre persoana juridică și cea a lui Dumnezeu, în cadrul noii etici inaugurate de Kant.

În *Critica rațiunii pure*, Kant prezintă omul ca pe una dintre „ființele raționale finite posibile”, desigur corporală, pentru a exclude

îngerii. E, de fapt, singura ființă de acest gen la care avem acces pentru a o analiza, dar Kant insistă în mod repetat asupra posibilității multiplicității lumilor și a ființelor raționale posibile. Conceptele prin care el caracterizează omul – în afară de *intelect și rațiune* – sunt cele de *eu și conștiință*.

Ideile de bază ale lui Kant sunt : autonomia omului, ca individ, eu, conștiință, raționalitate ; nevoia imperioasă de demnitate și respect ; libertatea în decizii ; autodeterminarea ; dar și supunerea față de rigorile legii morale, ale imperativului categoric, care apare ca datorie, fiecare om conștient, rațional trebuind să fie un scop în sine, și nu un mijloc.

Limbajul legalist-juridic, a fost remarcat de toți comentatorii lui Kant. În cea de-a doua *Critică* (Kant, 1972), conceptul de *persoană* e prezentat deja – deși rar – ca exemplu în tabelul categoriilor libertății, unde, la cea de-a treia poziție, apar : personalitatea, starea persoanei și relațiile reciproce ale persoanei cu stările altei persoane. În restul operei, termenul de *persoană* este rar folosit, dar ansamblul conceptual și doctrinar era deja pregătit. Omul e privit ca deținător al unei demnități majore care nu-l mai face dependent de Dumnezeu, astfel încât poate institui etica prin el însuși. Mai mult, prin relațiile etice dintre oameni – care devin „persoane”, așa cum erau privite, prin tradiție, persoanele lui Dumnezeu –, se ajunge la sesizarea unei zone „noumenale” dincolo de cea „fenomenală”, ceva de „origine angelică”, astfel încât însuși comportamentul etic poate deveni un fel de dovadă, indirectă, a existenței lui Dumnezeu. Așa cum arată Bellu (1974), în lucrarea *Religia în limitele rațiunii pure*, Kant ajunge să formuleze explicit faptul că omul are „demnitate de persoană”, susținând că :

Omul este un adevăr destul de profan – nesfânt –, dar umanitatea din persoana lui trebuie să-i fie sfântă. Personalitatea este indicele care

autentică acel stadiu atins când omul se manifestă în ceea ce întreprinde ca fiind conștient de ceea ce este și de ceea ce ar putea fi, conștient de ceea ce trebuie să fie. Datoria morală a fiecăruia este de a-și onora umanitatea din persoana sa, de a face din sine o *personalitate* (s.n.). Omul nu este oaie în turma Domnului, ci propriul său creator și stăpân.

În concepția lui Kant, omul nu e o personalitate prin faptul că s-a născut, așa cum, de exemplu, este o persoană juridică. El are în sine o „dispoziție la personalitate”. Dacă, odată cu Kant, personalitatea ajunge „pe pământ”, „printre oameni”, legătura ei cu divinitatea nu dispare, așa cum o dovedesc mișcările personaliste ulterioare. Însă acum devine posibilă, în plan etic, o legătură între calitatea de persoană a individului uman și sensul moral al caracterului, tematică sedimentată de-a lungul veacurilor.

Personalismele

În secolul al XIX-lea termenii de *persoană* și *personalitate* au fost folosiți în mod uzual și firesc, oamenii nemaisfiindu-se să și-i atribuie. Nu au apărut însă doctrine importante centrate pe persoana umană. Preocupările intelectualilor vizau dezvoltarea științei, istoriei și politicii statelor naționale. În cadrul Romantismului s-a acordat atenție persoanelor de excepție, geniului – pe care l-a teoretizat tot Kant (1781) în cea de-a treia *Critică* –, personalității creatoare, în artă și istorie. Inspirația acestora a fost, la un moment dat, considerată de sorginte divină – la fel ca în vremea lui Platon –, dar, uneori, și demonică. Vremea romantismului începe să erodeze raționalismul triumfător al Secolului Luminilor. Apare inconștientul, rolul major al visului, forța iraționalului, a misticului, atotputernicia omului, evoluția ideii de *supraom*.

Către sfârșitul secolului al XIX-lea apar curente „personaliste”, de inspirație religioasă. La Școala din Boston, afiliată Bisericii Metodiste Americane, Bowne (1847-1910) dezvoltă un personalism

protestant, în cadrul căruia s-au mai remarcat Brighton și Knudsen. Ulterior, prin Renouvier se afirmă personalismul catolic francez. Varianta franceză va avea cea mai lungă existență, atât în perspectivă creștină (prin Maritain, Marcel), cât și în varianta necreștină (prin Mounier și grupul *Esprit*). S-au mai semnalat școli personaliste la Cracovia (prin Ingarden, profesor al lui Karol Wojtyła, viitorul papă Ioan Paul al II-lea) și la Praga.

Personalismul a pătruns, explicit sau implicit, și în Germania, la filosofii de orientare fenomenologică. Fenomenologia lui Husserl pune accentul pe conștiință, subiect și subiectivitate, fără a comenta persoana, deoarece nu imaginează raportarea „față în față” a indivizilor umani. În ultima perioadă în care tema *alter-ego*-ului a devenit centrală, Husserl (1994) a dezvoltat ideea unei „intersubiectivități transcendente”, fără a face apel la conceptul de *persoană*. Totuși, în cadrul fenomenologiei, unii autori au analizat tema persoanei. Cel mai pregnant a făcut-o Max Scheler, care, pe bună dreptate, este considerat „personalist”.

În lucrarea sa fundamentală, *Etica materială a valorilor*, Scheler reia principalele teme ale lui Kant, pe care încearcă să le reformuleze (Boboc, 1971). Autonomia omului, libertatea și responsabilitatea, respectul pentru celălalt sunt punctele de plecare. Scheler formulează explicit faptul că e vorba despre persoane umane, iar doctrina sa va fi cea a unui personalism etic. Orice om, în măsura în care e pură persoană, este o ființă individuală, unică și distinctă de alții. Contrar universalismului pur al eticii formaliste a lui Kant, personalismul etic concepe persoana drept existență individuală exemplară, care nu apare decât o singură dată. E vorba de o persoană reală, afectivă, ce iubește și se implică în relații, inserându-se în destinul moral al altora, participând la meritele și culpabilitatea lor, dar omul e ființă morală nu în calitatea sa de ființă biologică, ci în cea de ființă spirituală, ce își întemeiază acțiunile pe valori. Inteligența nu caracterizează

omul așa de pregnant ca spiritul său axiologic. De aceea, Scheler nu e de acord cu „filosofia vieții”, care afirmă că esențială în om este acțiunea anumitor forțe oculte „vitale”, și nu spirituale. Omul real se raportează diferit, din punct de vedere afectiv, la ceilalți, se implică în existența lor, se potențează reciproc cu ei prin iubire, își justifică și argumentează acțiunile ca sens și responsabilitate, e mereu gata să răspundă pentru ceea ce a făcut. Pentru că e persoană spirituală, el e totdeauna în raport cu alții, iar existența sa are un anumit sens.

Etica lui Scheler nu s-a îndepărtat de abordarea sociologică și istorică, fiind mai apropiată de omul real decât etica angelică a lui Kant. Ea a comentat și ipostaza eroilor, sfinților, geniilor, toți impunându-se ca tipuri exemplare.

Cu excepția lui Scheler, mișcările personaliste au fost mai aproape de politică decât de elaborări etice. Este cazul personalismului francez a lui Mounier și al revistei *Esprit*. Într-o sinteză asupra personalismului, acesta (Mounier, 1969) comentează următoarele teme :

- existența necorporală a omului – persoana emerge din natură, dar o transcede ;
- comunicarea interpersonală – personalismul combate individualismul, dar și colectivismul, pledând pentru unitatea persoanei ;
- intimitatea e necesară, ca reculegere, univers privat, individul coborând în profunzimile sinelui de unde revine spre exterior ;
- confruntarea – din singurătate persoana pornește pe drumul afirmării făcând o serie de alegeri personale ;
- libertatea fără limită a persoanei ;
- eminența demnității persoanei ;
- angajarea.

Personalismul e văzut ca o emergență a societăților democratice, ca o constantă și o măsură a acestora. Mounier a scris și un *Tratat*

despre caracter, în care istoria caracteriologiei e doar amintită, iar specificul acesteia e tratat superficial, în pofida titlului.

Personalismul și tradiția kantiană au avut o importantă contribuție la redactarea Declarației Universale a Drepturilor Omului, în care referințele la respectarea demnității persoanei revin la tot pasul. Personalismul european a pierdut în ultimele decenii din însemnătatea pe care a avut-o timp de mai multe decenii (Delors, 1999). El rămâne important pentru etica religioasă, dar migrează și spre mișcările unor grupuri și asociații care apără drepturile unor minorități, dreptul naturii de a fi protejată, dreptul la o moarte decentă a bolnavilor, o economie care manifestă grijă pentru persoană. Totuși, cei care se mai interesează de etică nu trebuie să uite lecția personalismului. Într-o sinteză recentă, Janssens (1999), în numele personalismului, descrie și afirmă opt dimensiuni esențiale ale persoanei: 1. persoana umană e un subiect, și nu un obiect; 2. e un subiect „încorporat”, nu abstract; 3. datorită corporalității, e o ființă ce există într-o lume; 4. persoanele umane se orientează direct unele spre altele; 5. suntem ființe sociale ce trăim în grupuri; 6. persoana umană e o ființă istorică; 7. persoanele umane sunt fundamental egale; 8. persoanele umane sunt, în mod fundamental, orientate spre Dumnezeu. Se observă că și în acest amurg al personalismului sorgința divină a conceptului de *persoană* nu poate fi uitată.

O ultimă încercare de filosofie etică ce ar putea fi corelată cu tradiția personalistă este cea a lui Levinas (1999). Deși autorul are pretenții de abordare filosofică generală, chiar ontologică – cu trimiteri la Platon și Heidegger –, gândirea sa se concentrează într-o zonă de etică personalistă, în care omul e înțeles ca raportându-se la semenul său „față în față”, adică „persoană către persoană”. În comentariile lui Levinas se întrezărește limbajul creștin și metaforic, care îndepărtează punctul său de vedere de orice aplicare sociologică și istorică. Limbajul său vag și neprecizat a făcut, poate, ca aceste comentarii să fie apreciate de cei care au încercat să le interpreteze ca pe o eventuală „etică postmodernistă”.

Persoană, sociologie, economie

Noțiunea de *persoană* a fost în mod constant corelată cu manifestarea, expresivitatea, comunicarea, afirmarea individului uman ce stă „față în față” cu altul sau, în general, cu alții. Dezvoltarea sociologiei are în vedere acest aspect al manifestării publice a oamenilor, fiind astfel intim articulată cu conceptul de *persoană*. S-au dezvoltat însă și noțiuni paralele, între care o carieră deosebită au făcut-o cele de *statut* și *rol social*. Una dintre cele mai celebre și discutate teorii a fost cea a lui Talcott Parsons, care se referă la sistemul social și al acțiunii sociale. Între lucrările sale importante se numără *The structure of social action* (1937), *The social system* (1985), *Social structure and Personality* (1964). Tema personalității nu putea lipsi unei mari teorii sociologice, însă ea apare acum din perspectiva funcțiilor și acțiunilor sociale, ceea ce conduce către subiectivitatea conștientă și intimitatea persoanei. Aceasta poate fi tratată acum ca „agent social”, ca „agenție” (*agency*), putând fi ignorată până la un punct chiar inserția sa în corporalitatea bio-psihică. Totuși, din perspectiva generală a sistemelor, Parsons acceptă patru componente ale personalității: organic-comportamentală, a personalității, culturală și socială. Acțiunea ar fi motivată de o nevoie de satisfacție și atingere a unei stări de echilibru, fapt ce apropie sistemul său de concepția lui Freud. Ideea de personalitate pe care o vehiculează e însă abstractă, astfel încât sociologii de generație mai nouă au insistat asupra necesității de „personalizare” a sociologiei, chiar de inserție explicită a acțiunii sociale într-o persoană corporală reală.

Personalismul a pătruns și în economie, în contextul dezbaterilor liberale privitoare la libera inițiativă. La acest nivel, sensurile juridice se întâlnesc cu cele etice, economice, politice, spirituale și chiar psihologice ale conceptului de *persoană*. Programele economice nu se mai sustrag perspectivei personaliste, tocmai ca o contrapondere față de accentul pus de unele doctrine pe macroeconomie și în raport cu cinismul în afaceri practicat și teoretizat de anumite grupuri de acțiune.

1.10. Sensul larg al noțiunii de *persoană*

Noțiunea de *persoană* are, desigur, și un înțeles psihologic specific uman, care va fi comentat în continuare, dar el nu se reduce la universul psihologiei. În secolul XX, termenul de *persoană* a intrat în limbajul curent, cel al vieții de zi cu zi, în el sedimentându-se înțelesuri multiple pe care le relevă istoria ideilor. În plus, există o legătură intimă între noțiunile ce se referă la polul individual al umanului, care, de-a lungul istoriei, au avut și ele înțelesuri, semnificații și importanțe diferite. Conceptul de *persoană umană reală* se corelează cel mai bine cu cel de *caracter*, în dublul sens al acestuia, de particularități tipologice și caracteristici morale, articulate cu virtuțile. De la caracter se coboară către sine, eu și conștiință. Conceptul de *subiectivitate* (conștientă) este unul care a apărut în istoria omului european (fiind strâns corelat cu cel de *persoană*) și pornește de la dimensiunea biologică drept contrafață înspre intimitate a manifestării și expresivității publice de tip mască și a reprezentării sociale a acesteia.

Subiectivitatea este necesară pentru a contracara permanenta tentație de alunecare spre „împersonal”. În franceză, de altfel, termenul *personne* înseamnă „nimeni”. Conceptul de *psihism al persoanei umane* le include pe toate, cu specificația că psihismul uman pornește de la dimensiunea biologică și se prezintă ca o continuitate a psihismului biologic. Noțiunea de *mințe* (*mind*) s-a impus mai recent, mai ales în cadrul cognitivismului filosofic (*mind body problem*) și al studiilor neurofiziologice privitoare la biologia conștiinței. Dar ea are o mare încărcătură de „împersonal”.

Toate acestea fiind spuse, este evident că nu poate fi dată o definiție generală univocă sau una strict psihologică pentru *persoană umană*.

Capitolul 2

Psihologia persoanei – curente și doctrine

Psihologia persoanei despre care s-a vorbit în secolul XX și se vorbește și în prezent nu e o știință unitară, ci o reuniune de preocupări și studii efectuate prin diverse metodologii, implicând variate doctrine, concepte și teorii, toate vizând polul individual al umanului, considerat, mai mult sau mai puțin, în ansamblul său. Ea se deosebește astfel de psihologia funcțiilor psihice, de exemplu a atenției. Nici studierea unor funcții complexe, precum cogniția sau motivația, nu acoperă domeniul. Se are în vedere ansamblul individului uman atât în dimensiunea sa biologică, dar și conștientă, ce există în cadrul unei nișe ecologice umane dimensionate prin logos, norme și valori, individ ce se dezvoltă ontogenetic, precum și de-a lungul unui parcurs de viață, afirmându-se în cadrul unor diverse situații, interacționând cu alți oameni într-un context sociocultural dat.

În zona psihologiei persoanei, psihanaliza se intersectează cu doctrinele ce s-au dezvoltat din ea: cercetările orientate comportamentalist, cognitivist și cele privitoare la trăsături (în măsura în care sunt integrate în comportamentele interpersonale), preocupările legate de motivație, controlul acțiunii, formarea și transformarea persoanei în timp. Dintr-o altă perspectivă, psihologia persoanei se diferențiază de cea a microgrupurilor umane și de psihosociologie, în general. Legătura cu psihopatologia și, mai ales, cu psihoterapia a fost constantă și flexibilă. O parte dintre preocupări se plasează în

continuarea a ceea ce, în trecut, se înțelegea prin tipologie caracterială, altele au legătură cu comportamentul social al persoanei, cu adaptarea sa la împrejurări variate, cu autocontrolul și creativitatea.

Termenul generic de *persoană* apare ca o umbrelă, domeniul nefiind foarte strâns corelat cu înțelesul tradițional al conceptului. Perspectiva religioasă a persoanei iese, de obicei, din discuție; de asemenea, în mare măsură și cea etică sau sociopolitică, deoarece se consideră că acestea nu sunt abordabile prea comod prin metodologii acceptabile pentru conceptul de *știință psihologică* pe care l-a dezvoltat secolul trecut. În tot cursul secolului XX și chiar în prezent nu s-a putut cădea de acord asupra unei definiții sau circumscrieri, acceptabile pentru majoritatea psihologilor, a înțelesului noțiunii de *persoană umană*. Din acest motiv, o vom cita cu valoarea ei tradițională.

2.1. Bilanțul lui Allport

Allport (1937) a identificat 49 de definiții ale personalității, utilizate în teologie, filosofie, justiție, sociologie și psihologie, dar a și adăugat acestora o definiție în plus.

Personalitatea este „organizarea dinamică în interiorul individului a acelor sisteme psihofizice care determină adaptările sale unice la mediul său ce îi influențează comportamentul și gândirea caracteristică”. Se remarcă faptul că, în definiția de mai sus, Allport invocă „sistemele psihofizice”, ceea ce sugerează o apropiere de psihologia biologică și nu afirmă explicit vreun indicator specific uman al psihologiei persoanei, fapt ce contrastează cu programele sale de cercetare.

Allport (Feist, 1985; Allport, 1970) s-a afirmat în SUA la mijlocul secolului XX, într-o perioadă în care „psihologia persoanei” era la început. Cele două lucrări de bază ale sale apar între 1937 și

1961, plasându-se la confluența mai multor curente. Allport a fost reprezentativ pentru atitudinea „holistă” ca alternativă față de cea orientată pe trăsături și psihologia diferențială a persoanei. E semnificativ faptul că Allport e singurul dintre marii psihologi americani care au studiat în Germania (la școala gestaltistă a lui Wertheimer), „exportând” din Europa opțiunea pentru unicitatea și înțelegerea intuitiv-globală a persoanei umane (inspirată de Stern). S-a impus criticând psihanaliza și behaviorismul pentru maniera lor generală „nomotetică” de abordare a omului și pledând pentru înțelegerea „idiografică”. Ca metode de investigare, a propus studierea autobiografiei, a înregistrărilor verbale, interviurilor, analiza viselor și a confesiunilor, jurnalelor, scrisorilor, chestionarelor personalizate, scalelor cu ancore în direcția *self*-ului, testelor expresive și proiective, operelor literare și artistice create de subiect, a scrierii automate, înregistrării vocii, gesturilor corporale, scrisului de mână etc. La acestea se adaugă scalele de autoevaluare, listele de adjective, testele standardizate. Din simpla enumerare se poate observa absența unei singure idei directoare.

O astfel de abordare amintește de metoda fenomenologică a lui Jaspers și, desigur, nu avea cum să aibă succes într-un univers științific ce se dezvoltă în direcția standardizării și a nomoteticului. De aceea, e curios cum Allport, care, în plus, nu susținea o psihoterapie clar structurată, capabilă să permită cercetări empirice, s-a bucurat totuși de respect constant în America.

În comentariul și analiza persoanei, Allport invocă factorii genetici și cei dobândiți, insistând că la naștere și, în general, la vârstele mici nu se poate vorbi de personalitate, aceasta formându-se prin dezvoltarea corporală, a inteligenței, temperamentului și, mai apoi, prin dezvoltarea unor trăsături și a unor dispoziții personale. Acestea din urmă sunt de diverse tipuri, unele fiind specifice anumitor persoane, ca dispoziții centrale. Ele se grupează, în cele din urmă, într-o zonă proprie și specifică numai individului luat în discuție,

așa-zisul *proprium*, care semnifică ceea ce, în general, e indicat prin „eu” și „sine” (*self*). Această zonă centrală este cea din care pornesc inițiativele, atitudinea practică, fiind, în același timp, sediul identității cu sine. În calitate de ființă practică, persoana provoacă lumea din jur, și nu doar se adaptează. Motivația are autonomie conjuncturală, e multifacetată, nefiind reductibilă la unul sau la câteva principii motivaționale. Persoana se maturizează treptat, ajungând să fie capabilă de dragoste, de un sens extins al sinelui, simțindu-se sigură, încrezătoare, acceptându-se pe sine, la nevoie cu umor și cu o filosofie de viață proprie. Oricum, fiecare persoană umană e unică și irepetabilă. De aceea, psihologia persoanei a lui Allport a mai fost numită și „psihologie a individualului”. Ea sugerează o antropologie în miniatură, nefiind centrată pe un câmp doctrinar bine definit.

Poziția lui Allport este importantă ca încercare eclectică între ceea ce se realizase până la mijlocul secolului XX și ceea ce se anunța ca nou, pe atunci, în domeniul psihologiei persoanei.

2.2. Psihanaliza clasică a lui Freud

Aceasta nu a fost de la început ceea ce, în vremea respectivă, se numea o psihologie, ci o doctrină antropologică ce încerca să explice unele comportamente umane, mai ales anormale, pe baza unei motivații profunde. E foarte interesantă geneza și viziunea ei asupra omului.

La sfârșitul secolului al XIX-lea, în plină dezvoltare a scientismului empiric și a doctrinei evoluționiste, doctorul Freud din Viena (Elfemberger, 1994), preocupat de neurologie, dar și de hipnoză, ajunge să reactiveze mari teme ale antropologiei romantice, precum importanța visului, dinamismul inconștientului (ca fiind mai important decât conștiința), conflictul intrapsihic și problema morală a vinovăției (psihiatra romantică a descris boala psihică drept consecință a

culpei), rolul major al instinctului. Odată cu psihanaliza sa, Freud relansează interpretarea de tip hermeneutic a viselor și a datelor obținute prin asociații libere. Hermeneutica a avut o largă dezvoltare mai ales în interpretarea Bibliei, fiind relansată la începutul secolului al XIX-lea de către Scheirmacher (ulterior, ea a stat la baza conceperii de către Dilthey a „științelor umane”, fiind reluată de Jaspers, Heidegger, Gadamer, Ricoeur etc.).

Freud scoate la suprafață această întregă recuzită romantică și o livrează sub un ambalaj de obiectivitate științifică, prin ascultarea atentă a pacientului și supralicitarea – în teorie – a unor principii ale cauzalității. Aspectul original al tehnicii de investigare a lui Freud a fost analiza afirmațiilor spontane ale subiectului (rezultate din asociații libere prelungite), analiza și interpretarea viselor prin folosirea unor metode de interpretare hermeneutică. Acest proces se desfășoară în cadrul unor situații și relații interpersonale speciale, în spațiu privat, intim. Situația era de natură să reorienteze tendința spre mărturisire, cultivată în mod tradițional de spovedanie. În această ambianță se ajunge la o relație interpersonală puternică, la un „transfer”, care – spune Freud – reactivează legătura originală cu unul dintre părinți, transfer ce se cere, la rândul său, analizat și interpretat.

Acest context al investigației și menținerea temelor romantice a condus la construcția treptată a unui model al omului individual, interpretat ca structurându-se în prima copilărie, în cadrul relației foarte apropiate cu părinții. Schematic, aceasta cuprinde trei instanțe: *id*-ul sau sinele, care exprimă pulsiunea către obținerea plăcerii, fapt ce detensionează și crează o stare de echilibru, de bine. Altă instanță e *super-ego*-ul – supraeul –, care reprezintă interdicțiile, predominant morale, ce vin din partea părinților – ca reprezentanți ai societății – și care sunt interiorizate, introjectate, împreună cu *imago*-urile acestora. Între acestea două se află *ego*-ul, ce mediază conflictul dintre ele și adaptarea la realitate. *Id*-ul reprezintă instinctivitatea romantică, iar *super-ego*-ul, conștiința morală (supralicitată în acea

perioadă). *Ego*-ul e în concordanță cu erodarea temei conștiinței, predominantă la cumpăna dintre secolele al XIX-lea și XX.

Pe lângă triada *id* – *ego* – *super-ego*, psihanaliza a mai introdus-o și pe cea conștient-preconștient-inconștient. Pe lângă pulsuniile instinctive, la originile inconștientului stă, în viziunea lui Freud, și un important material psihic care este „refulat”, în sensul că trăirile respective (ca pulsuni, intenții, afect, reprezentare, imaginare, tendințe de acțiune) nu sunt acceptate de *super-ego*, fiind blocate la limita conștiinței, unde se mențin în tensiune, creând anxietate și descărcându-se pe căi laterale, „surogat”, fapt ce conduce la simptome nevrotice.

Concepția psihanalizei cu privire la omul individual e deosebit de complexă și nu poate fi rezumată în câteva rânduri. Dintre dificultățile de înțelegere fac parte și limbajul special în care sunt comentate psihismul și problemele sale, multiplele simboluri și mituri ce sunt evocate și, mai ales, nevoia unei inițieri deosebite, ce presupune, în mod tradițional, faptul de a fi analizat de către un psihanalist, ritual ce seamănă cu cel al unei convertiri. În continuare, vor fi prezentate pe scurt câteva teme ale psihanalizei clasice, fără pretenția unei expunerii sistematice, complete sau didactice.

Omul, așa cum îl concepe Freud, are o importantă latură biologică, fiind dinamizat de pulsuni (instincte) ce urmăresc satisfacția și plăcerea. E vorba de instinctul vieții, de *eros*, dar – gândește Freud mai târziu – omul vizează și distrugerea, sub forma instinctului morții (*Thanatos*). Pulsuniunea instinctivă libidinală, mediată prin relația strânsă cu mama și ceilalți, este, la început, inconștientă, ca parte a instanței psihologice a sinelui (*id*). Contactul interpersonal stimulează și formațiunea psihică a *ego*-ului. „Celălalt” există însă relațional pentru individ atât în mod concret, situațional, cât și sub forma reprezentată, astfel încât *imago*-ul celuiilalt poate fi „introjectat” în propriul psihism, ca parte componentă a acestuia. Cu această dublă existență, mama, care e principala sursă de satisfacții, este

dorită nu doar ca prezență, ci și ca ceva ce aparține exclusiv copilului. Ea este însă și a tatălui, care o „răpește” dorind să o păstreze doar pentru sine. Băiețelul dorește suprimarea tatălui pentru a păstra mama doar pentru sine, ca posesiune sexuală simbolică. Faptul îi este interzis, iar în fantezmele sale copilul își imaginează că tatăl îl va castra, trăire inductoare de anxietate (anxietate de castrare). Oricum, părinții (adulții) sunt sursă nu doar de satisfacții, ci și de interdicții. Prin asimilarea *imago*-urilor acestora, în interiorul psihismului se instituie instanța *supraeului*, sursă de interdicții și reprimare a pulsionilor libidinale. Apare astfel un conflict intrapsihic între *id* și *super-ego*, ca sursă de anxietate, conflict mediat de *ego*. În plus, *ego*-ul mediază și rezolvă adaptarea la exigențele realității, la realitate, în general. În plus, intră în joc conștiința. Aceasta cantonează la nivelul *ego*-ului. Ea îi permite omului o mică libertate, care testează realitatea și se raportează la ea. Dar o mare parte din dorințele individului, puse în joc în primul rând de pulsionile sale, nu pot fi satisfăcute din cauză interdicțiilor exterioare și, mai ales, a celor interioare. Cele dorite, intenționate, proiectate, imaginate sunt astfel reprimare. Ele nu mai au acces nici la conștiința subiectivă, fiind refulate. Inconștientul conține deci nu doar zona inițială a *id*-ului pulsional, ci și pe cea a psihismului refulat. În plus, el include o bună parte din *super-ego*. Omul individual – persoana – are o mică zonă de conștiință și libertate și o mare zonă de inconștient. *Ego*-ul, care ține cumpăna între conștiința individuală și exigențele realității, tinde și spre idealitate, spre valori. O parte dintre trăirile refulate se pot orienta spre creație, prin sublimare, și, de asemenea, se instituie pentru fiecare și un „*ego ideal*”, un ideal al eului, așa cum el ar dori să fie.

Acest scenariu al psihanalizei clasice a fost dezvoltat, modificat și reinterpretat de către critici și adepți. Dintre critici, cei mai celebri sunt considerați Jung și Adler. Jung (Stevens, 1994; Jung, 1964; 1978) acordă o mare importanță persoanei spirituale inserate în cultură. El consideră ca forțe motrice ale acesteia o serie de

imago-uri simbolice, care acționează prin intermediul „inconștientului colectiv”. Acestea apar ca „arhetipuri” în interiorul subiectului ce trăiește într-o cultură dată. Jung folosește curent termenul de *persoană*, ca aspect reprezentativ, orientat înspre exterior, al psihismului individual (secondat de „umbra” orientată spre interior). El acordă, de asemenea, o mare importanță dezvoltării omului la vârsta adultă, când subiectul se autodetermină tot mai mult în specificitatea sa – dar și în echilibru și armonie –, în mijlocul lumii sale, prin „individualitate”, sub cupola integratoare a sinelui ideal. Jung inaugurează astfel tema generică a ciclurilor vieții unei persoane, dezvoltată ulterior de Erikson și Levinson.

Adler, celălalt mare opozitor al psihanalizei clasice, a pus accentul pe dinamismul condiționat de complexe de inferioritate și pe stilul de viață.

În ansamblu, teoria lui Freud are în vedere omul în individualitatea sa, modul în care funcționează psihismul său – aparatul său psihic – în mod constant, transsituațional și doar în mod secundar în corelație cu evenimentele de viață tranzitorii. De aceea, psihanaliza are importanță pentru psihologia persoanei, deși nu pune accent pe apariția și manifestările publice. La sfârșitul secolului XX, o mare parte dintre tezele dezvoltate de Freud nu mai erau considerate valabile, datorită progreselor neuroștiințelor, a modificărilor vieții sociale și a concepției despre om. Importanța motivațională a pulsivității ce se cere satisfăcută prin plăcere pentru a se ajunge la echilibru și homeostazie e redimensionată în raport cu rezolvarea cognitivă eficientă a problemelor, cu proiecția spre viitor, cu dinamismul, autodeterminarea și adaptabilitatea la situații mereu noi. De asemenea, libertățile sexuale actuale, dinamica specială a familiei, modelele particulare, informaționale ale educației, accesul la mass-media, relativizează o serie de aspecte ale concepției freudiene. În schimb, corpul doctrinar al psihanalizei a stat la baza unor noi arii de investigare a psihismului individual care fac în continuare parte din

recuzita înțelegerii psihismului persoanei umane. Metoda hermeneutică, prin care „celălalt” este interpretat pe baza a ceea ce el relatează, se articulează cu actuala psihologie narativă a persoanei.

2.3. Psihologia eului și a relației obiectuale

Spre sfârșitul vieții lui Freud, începe să se acorde o importanță mai mare instanței care, în concepția sa, era reprezentată de *ego* (Hanser, 1995). Anna Freud (1936) face o descriere, devenită celebră, a „mecanismelor de apărare ale eului”. Heinz Hartman (1939) dezvoltă psihanaliza într-o direcție ce a fost etichetată ca „structurală”, în care eului i se acordă o importanță mai mare. Acesta nu e conceput ca derivând progresiv din *id*-ul pulsional (inconștient) și din conflictele acestuia, ci ca având la bază un aparat propriu, înăscut, constând din abilități perceptive și intelectuale, orientate de la început spre adaptarea la mediu. După părerea autorului, eul e o instanță activă prin sine, are o autonomie primară, se schimbă singur, participă activ la rezolvarea de probleme, aduce satisfacții subiectului.

Loewinsein (1946) încearcă o apropiere a psihanalizei de psihologia cognitivă a lui Piaget, cu referință tot la instanța eului. Rapaport (1951) observă și descrie organizarea și psihologia gândirii, ca parte componentă a eului, iar Menninger (1963) elaborează conceptele de *funcționare* și *control* ale eului. Redl și Wineman (1951) disting un mare număr de funcțiuni cvasiindependente ale eului, iar Bellak (1973) dezvoltă o taxonomie a funcțiilor eului și o verifică empiric. Modell (1975) susține existența a două feluri de instincte : cele ale *id*-ului (libidoul și distrucția) și cele ale *ego*-ului, care vizează relația cu obiectul. În sfârșit, Erikson (1963 ; 1968) cercetează, pornind de la psihanaliză, stadiile de dezvoltare psihosocială ale individului până la vârsta adultă, centrate și organizate de funcțiile eului.

În contextul acestor preocupări față de instanța eului se dezvoltă teoria relațiilor obiectuale. „Obiectul” se referă la o altă persoană, percepută sau reprezentată. În primul rând, e vorba de mamă, percepută ca ansamblu sau prin intermediul aspectelor semnificative. Orientarea psihanalizei se schimbă, de la considerarea nevoii de satisfacție prin plăcerea, de tip erotic, spre satisfacția obținută prin contactul cu „obiectul” persoanei umane. Fairbairn (1952) subliniază că, inițial, libidoul a fost conceput ca o căutare a plăcerii, dar el trebuie înțeles mai degrabă ca o căutare a obiectului securizant și gratificant. Plăcerea e găsită și anxietatea redusă prin calitatea relațiilor (interne sau externe) *ego*-obiect mai mult decât prin descărcarea energiei libidinale.

Maher propune o teorie a dezvoltării copilului mic, „individuația”, adică separarea psihismului său de o relație duală indistinctă.

Sandler (1962) dezvoltă teoria unei lumi reprezentationale în care, în contextul relației duale, apar la copil reprezentări care vizează sinele în relație reciprocă cu obiectul. Reprezentările sinelui și obiectului în relația lor reciprocă au loc în permanență, în viața de zi cu zi, și constituie baza reprezentării de sine, a unității sinelui.

Se impune tot mai mult ideea – prezentă implicit în psihanaliza clasică – a reprezentării mintale a altor persoane prezente în psihismul subiectului, reprezentări care sunt reactivate situațional.

2.4. Teoria atașamentului

Atragerea atenției asupra nevoii primare de contact și relație umană a copilului, precum și asupra autoreprezentării și reprezentării altora în medierea funcționării interpersonale a netezit drumul spre teoria atașamentului. La acest nivel, cercetările rezultate direct din continuarea psihanalizei se întâlnesc cu cele derivate din aplicarea

etologiei la om. Focalizându-se asupra primilor ani de viață ai copilului, psihanaliza s-a întâlnit cu cercetările ce studiau structurarea psihismului la puii de animale. Observațiile asupra felului în care se încheagă psihismul în biologie au sugerat mari analogii cu primele faze de organizare a psihismului uman. Teoria atașamentului, elaborată de Bowlby (Carlson, 1995 ; Bowlby, 1988) și bazată pe fapte observaționale și studii experimentale, arată cum, după opt luni, copilul devine foarte sensibil la prezența sau absența figurii persoanei semnificative pentru viața sa, precum și la tipul de îngrijire de care se bucură. Până la trei ani, rolul comportamentului relațional al mamei – de fapt, al figurii bazale de îngrijire – este esențial, conducând la diverse forme de atașament ale copilului. Prin atașament, persoana semnificativă e resimțită ca prezentă într-un anumit fel, chiar și atunci când ea nu e percepută direct. Un atașament sigur condiționează stabilitatea afectivă, calmul, lipsa anxietății, siguranța de sine, comportamentul de investigare, joaca și, în general, dezvoltarea armonioasă a psihismului. Atașamentul poate fi însă și nesigur sau ambivalent. Absența îndelungată a unei figuri semnificative de atașament are consecințe grave. Copilul reacționează prin proteste, apoi agitație, în sfârșit, depresie, refuz de comunicare, indiferență. Lipsa atașamentului este chiar mai gravă decât un atașament nearmonic. Prin atașament, celălalt și, mai apoi, ceilalți semnificativi sunt prezenți în memoria și reprezentarea copilului, în lumea sa reprezentatională, cu o anumită semnificație afectivă, care modelează atitudinile și comportamentul său. Astfel, în interiorul psihismului individului apare un „model interior de lucru” (*internal working model*) al persoanelor și al relațiilor dintre acestea, care se va integra în psihismul său și cu care individul abordează noi relații interpersonale. Vechiul concept de *introiecție* al psihanalizei capătă noi înțelesuri. Constituirea a ceea ce Freud numea „complexul lui Oedip” poate fi astfel înțeleasă.

Procesul atașamentului participă la constituirea unui eu, a unui sine ce caracterizează într-un anumit fel persoana. Păreră constantă

despre sine a subiectului, felul în care el, ca adult, se înțelege pe sine în raportarea la ceilalți, poate fi o consecință a experiențelor din copilărie, atât a celor reprezentate, interpretate și imaginate, cât și a celor rezultate din experiențele directe cu alții care duc la atașamente, identificare sau învățare. Astfel, s-a ajuns la concluzia că modelele educative din copilărie pot sta la baza unor „scheme cognitive” distorsionate ce modelează părerea despre sine și despre ceilalți, vulnerabilizând persoana și putându-se reactiva la vârsta adultă, dând naștere unor conduite anormale (teoria cognitivă a lui Beck-Perris; vezi Perris, 1988). În acest caz însă, experiențele educative sunt interpretate într-un sens mai larg decât influențele parentale din psihanaliza inițială. Oricum, stima de sine, tendința către grandiozitate, suspiciune, autodeprecieri, ca elemente structurale și caracterizante pentru persoană, pot avea origine în experiențele relaționale ale primei copilării. Psihanaliza, în viziune structurală a alcătuirii eului, a relațiilor obiectuale, teoria atașamentului și a experiențelor educative precoce se corelează în prezent cu psihologia relațiilor interpersonale a lui Sullivan.

2.5. Psihologia interpersonală a lui Sullivan

Teoria interpersonală a lui Sullivan a fost dezvoltată la mijlocul secolului XX, fără a deriva direct din psihanaliză, dar prezentând unele influențe din partea acesteia (Feist, 1985). Ea susține că psihismul individual se formează și se afirmă prin relații interpersonale directe și constante. Desigur, în copilărie acestea sunt între mamă și sugar, apoi între părinți și copil. Într-o etapă ulterioară, devin tot mai importante relațiile cu educatorii și colegii de școală, apoi cu cei de aceeași vârstă. În cursul ontogenezei, subiectul se autopercepe tot mai diferențiat, distingând aspecte pozitive, negative și neutre ale propriului corp și ale sinelui. Dar el ajunge să perceapă tot mai

nuanțat și alte persoane. Nevoile personale sunt satisfăcute în cadrul relațiilor interpersonale care, la rândul lor, stimulează sau crează nevoi. Anxietatea se naște în acest context, iar stima de sine o poate atenua sau controla. O etapă importantă este cea în care apar și se consolidează relațiile interpersonale intense din perioada preadolescenței. De-a lungul ontogenezei, relațiile cu ființele reale sunt dublate de relația cu imaginile reprezentate ale acestora sau chiar cu ființe imaginare, dar relația formatoare este cea concretă, dinamizantă și motivantă; în cursul vieții adulte, câmpul relațiilor interpersonale este cel în care se desfășoară esențialul existenței individului, între relațiile intime și cele publice. Existența personală nu s-ar organiza prin instanțe generice, precum sinele, eul, supraeul, ci prin realitatea relațiilor cu ființe reale și reprezentate.

Psihologia interpersonală a lui Sullivan se poate interconecta cu cea a relațiilor obiectuale derivată din psihanaliză, dar accentul este pus pe realitatea relațiilor interpersonale actuale care se desfășoară într-un „câmp” relațional caracteristic fiecărui om (Wiggins, 1999). Ea a fost corelată cu teoria câmpului psihologic a lui Lewin și stă la baza doctrinei circumplexului interpersonal.

2.6. Psihologia trăsăturilor persoanei

În prezent, unul dintre cele mai studiate domenii ale psihologiei persoanei este cel care se referă la „trăsături” și la aspectele diferențiale ale caracterizării.

Studiul diferențelor psihologice dintre oameni stă la baza categorizării lor în clase tipologice. Acest fapt a suscitat mereu interesul omenirii de la tipologiile caracteriologice zodiacal-astroale la cele patru temperamente hipocratice, de la moraliștii francezi la diverse bio-tipologii ale secolului XX. Preocuparea a luat un avânt deosebit

la mijlocul secolului trecut, ducând la psihologia „trăsăturilor” și a factorilor înscriși în aria problematică a „psihologiei persoanei”. Spre deosebire de tipologiile tradiționale, în secolul XX nu se pornea predominant de la principii generale sau principial-teoretice de ordonare și clasificare a tipurilor, ci de la cât mai multe date empirice, care, supuse etichetării lingvistice, erau reduse apoi la un număr cât mai restrâns de trăsături, factori sau categorii. Catell (Feist, 1985), unul dintre principalii pionieri ai acestei orientări, distinge trei surse principale de informații și culegere a datelor :

1. Înregistrarea informațiilor despre om așa cum se manifestă el în viața de zi cu zi (L-data, de la *Life*) ; acestea pot fi strict observaționale, „obiective” sau parțial subiective, bazate pe relațiile altora.
2. Date autoreferențiale furnizate de subiectul investigat, pe bază de chestionare ce presupun autoobservație și introspecție (Q-data).
3. Informații obținute prin teste psihologice obiective, proiective (T-data).

Dintre toate sursele, prezintă interes informațiile ce caracterizează manifestările subiectului în mediul său uman, fie ele reactive sau proiective, dar, pe cât posibil, constante, transsituaționale. Aceste manifestări sunt exprimate prin limbaj, prin expresii caracteristice, de obicei prin epitete. Limbajul natural conține mulți termeni de acest tip. Allport și Odbent au realizat un studiu lexical (1936) și au găsit în dicționarul englez 18 000 de termeni care „disting comportamentul unei ființe umane de al alteia”. Norman divide domeniul în trăsături biofizice stabile, stări temporare, activități, roluri sociale, efecte sociale, termeni evaluativi, termeni antonimici și termeni obscuri.

S-au făcut eforturi pentru căutarea unor termeni care să caracterizeze trăsături cât mai stabile ale psihismului persoanei și pentru a se reduce

domeniile la cât mai puține clase. Cattell a pornit de la 4 500 de termeni ce defineau trăsături, ajungând în final la 35 de variabile. S-a folosit metoda matematică a analizei factoriale pe care a utilizat-o și Guilford și, duă el, mulți alții. Dar esențială e implicarea limbajului în structurarea și dezvoltarea psihologiei trăsăturilor. Pe lângă faptul că toate „datele” privitoare la comportamentul persoanei se obțin prin limbaj – de exemplu, din cele trei arii menționate de Catell –, însăși formularea caracterizării se realizează prin limbaj. Mai mult, acesta a fost utilizat ca o sursă „empirică” de caracterizare, de la menționatul demers a lui Catell și până la teoria celor cinci mari factori, considerându-se că felul în care oamenii s-au caracterizat de-a lungul veacurilor reprezintă o sursă colectivă de sedimentare a experienței, o cunoaștere obiectivă comunitară. Acest fapt se cere subliniat mai ales deoarece mulți consideră că o psihologie a trăsăturilor diferă mult de psihologia persoanei, care se bazează pe narațiune.

Pentru a ajunge la trăsături care să permită predicția a „ceea ce persoana va face într-o situație dată”, Cattell urmărește tranziția de la trăsăturile de suprafață la „trăsături-sursă” – de exemplu, trăsături ca altruismul, sociabilitatea și umorul ar avea ca zonă de intersecție trăsătura *sursă a prieteniei*. Dintre cele 35 de trăsături primare (sau de ordinul întâi) ale lui Allport, 23 măsoară normalitatea personalității, iar 12 măsoară dimensiunea patologică a acesteia. Aspectul deviant, exagerat sau anormal a fost în atenția tuturor demersurilor întreprinse în această direcție. Prin analiză factorială se ajunge și la trăsăturile celui de-al doilea nivel. O persoană dată se caracterizează printr-o anumită configurație a trăsăturilor primare, ceea ce se poate obține prin chestionarul 16 PF, elaborat de Cattell.

Preocuparea față de trăsături nu ignoră o anumită înțelegere a dinamicii persoanei. Cattell are în vedere ca factori motivaționali trăsături care includ nevoi, pulsioni, interese, impulsuri, toate subsumate conceptului de *atitudine*. Pornirile innăscute le numește *Edat*, iar pe cele învățate, *Sens*. Autorul propune un „calcul dinamic” ce configurează

o ecuație a comportamentului. Viziunea asupra personalității este una psihometrică, având la bază o metodă inductivă ce se bazează însă pe limbaj.

Psihologia trăsăturilor s-a dezvoltat continuu, deoarece ea mizează mult pe inducție, pe date obținute în situații standard și psihometrie, tendința fiind de a căuta și descrie aspecte cât mai puțin variabile, cât mai constante ale persoanei. Acestea sunt, în mod firesc, cele mai apropiate de aspectele innăscute, biologice. În această direcție de studiu, un prestigiu aparte și-a câștigat Eysenck. Autorul este adeptul unei ierarhii a trăsăturilor (Eysenck, 1985 ; 1987). La nivelul cel mai de jos s-ar plasa răspunsurile specifice unor situații care sunt mai mult sau mai puțin personale. La al doilea nivel s-ar plasa răspunsurile habituale care se repetă în condiții asemănătoare, fiind mai caracteristice unei anumite persoane. Mai multe modalități de răspunsuri habituale corelate formează o trăsătură, considerată a fi o „importantă dispoziție semipermanentă a persoanei”. La ultimul nivel se situează zona superfactorilor sau a tipurilor, ce reunesc trăsături care se corelează între ele, dar care, în esență, sunt diferite de alte tipuri. Eysenck concepe trei tipuri sau superfactori care, fiecare în parte, au zone polare : introversie/extroversie ; nevroticism/stabilitate ; psihoticism/*super-ego*. Fiecare dintre acești superfactori au o serie de trăsături de bază intercorelate :

- *psihoticism* : agresiv, rece, egocentric, impersonal, impulsiv, antisocial, neempatic, creativ, încăpățânat ;
- *extrovertit* : sociabil, vioi, activ, asertiv, căutător de senzații, fără griji, dominant, agitat, aventuros ;
- *nevroticism* : anxios, depresiv, vinovat, stimă de sine scăzută, tensionat, irațional, rușinos, afectiv, emoțional.

Deși se ancorează adânc în planul biologic, sistemul de trăsături al lui Eysenck nu e doar temperamental, implicând multe aspecte ale vieții interpersonal-sociale. Cloninger propune un sistem centrat pe

trei nivele. Primul e format din patru factori temperamentalii : evitarea vătămării, căutarea noului, dependența de recompensă și persistența. Acest nivel ar avea o solidă bază biologică în funcționarea neurotransmițătorilor cerebrali. Al doilea nivel e caracterial, cu factori sau dimensiuni dobândite prin experiență, constând din trei aspecte : autodirecționare, cooperativitate, autotranscendență. Ultimul nivel specific uman se referă la spiritualitate și stări de conștiință, și nu mai poate fi apropiat de psihologia trăsăturilor.

În ultimele decenii, în aria psihologiei trăsăturilor s-a dezvoltat mult teoria celor „cinci mari trăsături” (*Big Five Trait Taxonomy* sau *Five Factor Theory* – FFT; vezi John, 1999). La aceștia s-a ajuns pornindu-se tot de la lexic și de la corelațiile prin analiză factorială, în tradiția lui Allport și Cattell, prin reducerea celor 35 de variabile. Cei cinci factori, considerați independenți unul de altul, sunt :

1. extroversie (vorbăreț, asertiv, energic);
2. agreabilitate (natural, cooperativ, încrezător);
3. conștiinciozitate (ordine, rezonabilitate, demn de încredere);
4. stabilitate emoțională vs nevroticism (calm, ne-nevrotic, nu se tulbură ușor);
5. deschidere spre experiență (inteligent, imaginativ, care gândește independent).

Acești cinci factori pot avea valori pozitive sau negative și au fost, la rândul lor, subîmpărțiți, fiecare, în alte șase fațete de către Costa și McCrae, care au elaborat și un interviu (NEO-PI-R) pentru identificarea acestora.

Tabelul 2.1. Fațetele NEO-PI-R (Costa și McCrae, 1992)

Cele cinci mari trăsături		Fațetă (și epitetul trăsăturii corelate)
E	Extroversiune vs introversiune	Gregaritate (sociabil) Asertivitate (presant) Activitate (energic) Caută excitația (aventuros) Emoții pozitive (entuziast) Căldură (deschis)
A	Agreabilitate vs antagonism	Încredere (iertător) Directivitate (neinsistent) Altruism (călduros) Complianță (lipsit de încăpățănare) Modestie (lipsit de vanitate) Empatie (simpatizant)
C	Conștiinciozitate vs lipsă de direcție	Competență (eficient) Ordine (organizat) Datorie (atent) Tendență spre realizare (metodic) Autodisciplină (nu e leneș) Deliberare (nu e implusiv)
N	Nevroticism vs stabilitate emoțională	Anxietate (tensionat) Ostilitate mânioasă (iritabil) Depresie (nemulțumit) Conștiință de sine (rușinos) Impulsivitate (cu toane) Vulnerabilitate (lipsit de încredere în sine)
O	Deschidere vs reticență față de experiență	Idei (curios) Fantezie (imaginativ) Estetică (artist) Acțiune (cu interese largi) Sentimente (excitabil) Valori (neconvențional)

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

După cum s-a menționat, fiecare factor reunește trăsături polare. Inventarierea acestora s-a făcut și se face cu instrumente lingvistice și prin cercetări empirice. Prezentăm o listă cu principalele trăsături pozitive și negative ale fiecăruia dintre cei cinci mari factori, așa cum aceștia au reieșit în cadrul unei cercetări.

Psihologia trăsăturilor vizează aspecte cât mai stabile ale persoanei, care o pot caracteriza – ca individualitate sau apartenență la o clasă – transsituațional (Mattheus, 2005). Nu se are însă în vedere centrarea persoanei printr-un sine, printr-un eu reflexiv care să fie nucleul inițiativei, al atitudinii active și al raportării la sine. Motivația este trecută și ea în planul doi. Tema conștiinței, a libertății de acțiune, a capacității de autodeterminare nu e comentată. Relațiile interpersonale sunt invocate, dar fără o schiță de sistematizare a lor – așa cum face, totuși, circumplexul interpersonal. Problema morală nu e abordată explicit. Pe primul plan se afirmă problema etichetării. Motivația este, de asemenea, trecută în planul al doilea, în favoarea etichetării. De aceea, ea este mult utilizată pentru diagnostic, iar cercetătorii din domeniul tulburărilor de personalitate agreează modelul celor cinci mari factori ca alternativă sau complementară pentru diagnosticul categorial, într-o perspectivă dimensională.

Tabelul 2.2. Reperele structurale ale celor cinci mari factori din FFM

Extroversiune		Agreabilitate		Conștiințiozitate		Nevroticism		Deschidere/Intelect	
Mică	Mare	Mică	Mare	Mică	Mare	Mică	Mare	Mică	Mare
Linăștit	Vorbăreț	Critic	Simpatetic	Nepăsător	Organizat	Stabil	Tensionat	Interese obișnuite	Interese largi
Rezervat	Aserțiv	Rece	Amabil	Dezordonat	Metodic	Calm	Anxios	Interese restrânse	Imaginativ
Rușinos	Activ	Neprietenos	Apreciativ	Frivol	Planificat	Mulțumit	Nervos	Simplist	Inteligent
Tăcut	Energic	Certăreț	Afectuos	Iresponsabil	Eficient	Lipsit de emoțivitate	Cu toane	Superficial	Original
Reținut	Deschis	Nemilos	Milos	Superficial	Responsabil		Făcându-și griji	Lipsit de inteligență	Intuitiv
Retras	Direct	Dur	Cald	Nedemn de încredere	Demn de încredere		Sensibil		Curios
	Dominant	Crud	Generos	Uituc	"De bază"		Temător		Sofisticat
	Insistent	Aspru	Încercător	Conștiințios			Încordat		Artist

2.7. Situaționismul lui Mischel

Înțelegerea persoanei ca decontextualizată a suscitât însă multe comentarii. Un moment critic a fost cel în care Mischel (1968) a demonstrat că variabilele personalității nu prezintă consistență transsituațională și transtemporală și că nu sunt corelații semnificative între acestea și rezultatul (*outcome*) la care ajunge persoana după un anumit timp (Winter, 1999). „Coeficientul personalității” nu se dezvoltă serios între 20 și 30 ani. S-a considerat că rolul contextului e mai important decât cel al trăsăturilor de fond ale personalității. Stimulii, relațiile, problemele de rezolvat, rezultatele modelează intens felul de a fi al persoanei. Odată cu doctrina lui Bandura, această orientare a fost etichetată ca fiind cea a „cogniției sociale”. Ea susține că relativa constanță a persoanei se menține datorită persistenței contextelor în care aceasta trăiește, constând din relații umane, status și rol, ambianță fizică, stereotipii comportamentale, „obiceiuri” asimilate și acceptate. În plus, individul însuși își preselectează, întreține și delimitează un context în care se poate manifesta relativ constant. Mai recent, Mischel și Shoda (Mischel, 1999) avansează o teorie cognitiv-afectivă a structurii personalității care presupune existența unui număr finit de macrounități psihice care, odată constituite, sunt activate mai mult sau mai puțin și în mod diferit în diverse situații. Se menține astfel unitatea de fond, dar expresivitatea manifestării poate varia în funcție de contexte.

2.8. Contribuția lui Maslow

Psihanaliza a acordat o importanță mai mare structurii persoanei și motivațiilor profunde decât actualizării sale curente în viața de zi cu zi. Psihologia trăsăturilor este și ea interesată în mod deosebit de

ceea ce e mai constant la o persoană. Alți psihologi s-au aplecat asupra nevoii continue de afirmare a subiectului, de satisfacere curentă a nevoilor sale în cursul vieții de zi cu zi. În acest sens, o concepție devenită deja clasică este aceea a lui Maslow, care pune accentul pe motivație, pe o ierarhie a nevoilor și pe autoactualizare. Binecunoscuta piramidă ierarhică a nevoilor constă din : nevoi fiziologice, de siguranță, de dragoste și apartenență, de stimă și de autoactualizare (Feist, 1985). Sunt avute în vedere la acest nivel și nevoile condiționate valoric, nevoile estetice și cognitive. Toate acestea stau la baza motivației și a comportamentului. În mod evident, ele implică relații interpersonale, dar accentul nu mai e pus acum pe faptul că nevoile ar deriva din acest câmp interpersonal, ca în psihologia lui Sullivan. Nevoile se cer satisfăcute, dar acest fapt se realizează în mare măsură prin propensiunea activă a subiectului care tinde mereu să se autoactualizeze. Această tendință este de tip instinctiv și ea reușește, mai mult sau mai puțin, la diverse persoane. Eul ce se autoactualizează matur prezintă următoarele caracteristici : are o percepție eficientă a realității ; are o bună acceptare a sinelui, a altora și a naturii ; are spontaneitate, simplitate și naturalețe ; e centrat pe probleme ; realizează bine intimanța ; are experiență transcendentă ; are un crescut simț al comuniunii și reușitei în relațiile interpersonale ; are o structură democratică ; face o clară deosebire între mijloace și scop ; are un sens filosofic al umorului ; este creativ și rezilient la enculturație. Omul care se autoactualizează reușit – deci cel ce atinge standardele unei bune normalități – este un om care poate iubi plener și complex, afectiv, sexual și valoric.

O viziune asupra personalității asemenea celei a lui Maslow este, desigur, utilă, ca reper, atunci când suntem preocupați de variabilitatea și anormalitatea personalității. Ea nu acoperă însă decât o zonă bine delimitată a complexeii realități a existenței persoanei.

2.9. Cognația socială – Bandura și Rogers

Psihanaliza și psihologia trăsăturilor de personalitate nu abordează foarte serios motivația actelor circumstanțiale ale persoanei. Bandura consideră persoana din perspectiva sa de agent proactiv, care se autoorganizează, fiind autoreflexiv și autoreglativ (Bandura, 1999). El folosește frecvent termenul *self*. În schimb, nu insistă asupra unor concepte precum *temperament*, *eu*, *subiect*, *caracter*. Termenul său preferat este cel de *agency*, foarte utilizat în sociologie. Bandura consideră că o mare parte dintre motivațiile și modalitățile noastre de acțiune sunt învățate și modelate social. Oamenii au însă capacitatea de a influența propriile lor acțiuni pentru a produce anumite rezultate. Sunt analizate trei instanțe interactive: a) factorii personali interni, sub forma evenimentelor biologice, afective, cognitive; b) comportamentul; c) factorii ambientali, impuși sau construiți. Omul e capabil să construiască un ambient social prin efortul său generativ, creativ. Determinismul personal e ordonat de propriile credințe în eficacitate, de scopurile cognitive, calitățile gândirii analitice și reacțiile afectiv-reflexive. Aceste aspecte nu sunt abordate în psihanaliză și doar tangențial în psihologia trăsăturilor. În concepția lui Bandura, intervin și trăsăturile de personalitate, dar nu *de-contextualizat*. Determinismul personal se cere înțeles în contextul variatelor situații, și nu în general. El operează, ca factor complex, dinamic și multifacetat, în colaborare cu diferitele împrejurări și cu multiplii factori ce pot influența comportamentul.

Este rejectată dualitatea minte-corp în favoarea unei viziuni unitare ce reia și pune accentul pe o serie de capacități umane fundamentale, cum ar fi: a) capacitatea de simbolizare: cele mai multe evenimente ambientale își exercită efectul prin intermediul unor procese cognitive, și nu în mod direct; b) capacitatea individului de a se relaționa și a acționa prin instanțe intermediare – prin modelare abstractă și creativă; c) capacitatea de a prevedea (de a

aștepta rezultate viitoare); d) capacitatea de autoreglare. Aceasta presupune: autoevaluarea în raport cu expectanțele proprii și ale altora; evaluarea felului în care sunt și se desfășoară evenimentele în care subiectul e implicat; variate modalități de angajare din dinamismul autoreglării morale; autoimplicarea în modificarea stilului de viață, de învățare, muncă, îngrijire a sănătății, astfel încât subiectul să participe activ la desfășurarea acestora. O autoreglare favorabilă produce și satisfacții personale. Capacitatea autoreflexivă implică: verificarea gândurilor prin autoreflexie; perceperea autoeficacității; implementarea resurselor acesteia; procesarea cognitivă a informațiilor eficiente, reglarea conștientă a cogniției, motivației, a proceselor emoționale și de alegere.

Motivația este reglată prin anticipări cognitive, prin formularea scopurilor, așteptări ale rezultatelor, perceperea succesului sau eșecului.

Conform teoriei sociocognitive, personalitatea este o realitate multifacetată, bogat contextualizată și implicată în diverse tranzacții în viața de zi cu zi. Ea nu este o entitate abstractă și nu poate fi redusă la câteva teorii descriptive generale. Oamenii își exprimă individualitatea și dau structură, semnificație și scop vieții lor, acționând în conformitate cu propriile credințe, valori, standarde personale, aspirații și concepții despre lumea din jur. Toate acestea sunt reunite de propriul sine (*self*). Personalitatea este sistemul integrat al sinelui (*self*) prin care constituentele sale operează, într-o interacțiune mutuală, pentru controlul și influența circumstanțelor ambientale. Identitatea cu sine se construiește și se exprimă în urma procesului autobiografic intrapsihic, care păstrează continuitatea persoanei de-a lungul timpului. Concepția lui Bandura se poate deci articula cu psihologia persoanei care pune accentul pe narațiune și biografie (McAdams). Identitatea cu sine se bazează și pe identitatea socială a persoanei, și pe felul în care ea este reflectată de persoanele semnificative ale relației. Este astfel implicată psihologia relațiilor interpersonale, cea a constructelor psihologice și a etichetării (Kelly)

și cea a psihosociologiei, în schimb se insistă puțin asupra relațiilor interpersonale strânse, apropiate, care implică întrepătrunderea afectivă și reprezentarea altora în sine. Tipologia relațiilor interpersonale stabile nu e nici ea analizată. În ansamblu, Bandura consideră că personalitatea nu poate fi concepută în afara lumii umane complexe în care se manifestă prin multiple relații interpersonal-sociale, manipulând tehnologii și integrându-se în semnificațiile și valorile culturale.

Psihologia social-cognitivă a persoanei atrage atenția asupra contextelor în care se afirmă subiectul, asupra complexității acestora, precum și asupra modificărilor ce se produc în societățile actuale prin tehnologie și schimbarea stilului de viață, în raport cu ambianța umană în continuă schimbare, în care se manifestă persoana la începutul secolului XXI. Rogers (Feist, 1985) formulase deja o viziune asupra persoanei viitorului, pe care o vedea conceptualizată în normalitatea ei prin : o constantă stare de schimbare ; o mai mare deschidere spre noi experiențe ; o sporită prosepțime a atitudinii și abordării ; o mare încredere în sine. Aceste caracteristici sunt la polul opus față de cele prefigurate de psihanaliză. Ele sunt, desigur, proeminente în lumea actuală, fără însă a trece cu vederea caracteristica de identitate cu sine, coerența, conștiința reflexivă și autoreglatoare a persoanei. Diversele teorii psihologice asupra persoanei, ce au apărut către sfârșitul secolului XX, arată cum conceptul de *persoană*, corelat în primul rând cu lumea a doua a lui Popper, nu poate fi complet rupt de felul în care se organizează lumea a treia în corelație cu cea dintâi. Progresul tehnologic, schimbările în structura societății, rapiditatea manifestărilor, noile ideologii și valori ce ajung să fie promovate în societate pretind de la persoana umană un alt stil de comportament decât cel promovat în Europa la începutul secolului XX, atunci când Freud își organiza psihanaliza. Chiar dacă persoana umană – ca pol individual al umanului – nu se schimbă în esența ei,

noi fațete apar la lumină, sunt promovate sau considerate ca importante, iar altele sunt trăite în plan secund, considerate mai puțin importante sau chiar de ignorat.

2.10. Psihologia narativă a persoanei

Identitatea și realitatea persoanei se manifestă în mediul lumii umane, caracterizată nu doar prin tehnologie – care evoluează continuu, modificând mediul de existență al oamenilor –, ci și prin limbajul discursiv, asertiv. Persoana umană nu e doar o ființă cu subiectivitate conștientă, ci și o ființă capabilă de discursuri, relatări, narațiuni, de caracterizări și evaluări, realizate cu ajutorul limbajului. Dintotdeauna oamenii s-au descris și caracterizat reciproc, fapt din care a rezultat tradiționala caracteriologie, dar tot prin limbaj ei s-au analizat și caracterizat pe ei înșiși, au produs relatări despre episoade ale vieții lor, autobiografii și biografii. Psihanaliza își construiește imaginea sa despre om, pornind de la interpretarea hermeneutică a celor exprimate. Doctrina trăsăturilor se bazează și ea pe limbaj. În ultimul timp, teoriile personalității au reluat această perspectivă tradițională de înțelegere și autodefinire a omului individual, care e doar implicată de psihanaliză și care a mai fost parțial abordată de unii specialiști în psihologia persoanei, la mijlocul secolului XX (Murray). E vorba despre o viziune holistă ce pune accent pe biografie, diferită în mare măsură de înțelegerea psihologiei persoanei prin trăsături sau de cea care accentuează variabilitatea manifestărilor în diverse contexte.

Din punctul de vedere al noilor teorii narative asupra personalității, istoria de viață este prin ea însăși un „construct” care funcționează ca o componentă imanentă, dar și integratoare a personalității (McAdams, 1999). Prin modul narativ de gândire, oamenii filtrează și dau sens experienței trăite, istoriei de viață.

Istoria unei vieți are întotdeauna un autor care exprimă un punct de vedere. Istoria propriei vieți exprimă punctul de vedere al subiectului. Din copilărie, omul se afirmă ca un subiect ce relatează istorii, deja de la vârsta de 3-4 ani vorbind despre sine. În cadrul unor astfel de relatări, se forjează conceptele de „eu” (*I*, în engleză) și cel de „mie” (*me*, în engleză), care nu sunt doar categorii gramaticale. Relatările autobiografice participă semnificativ la construirea timpului interior, care își confirmă forța integrativă.

Între teoreticienii ce au studiat personalitatea din perspectivă narativă se numără și Tomkins. El propune ca persoana să fie înțeleasă ca autor al unei piese, care creează un anumit scenariu și care joacă această piesă de-a lungul vieții. Apar diverse scene ce se repetă mai mult sau mai puțin și care sunt organizate ca un întreg ce include persoane, locuri, timp, acțiuni, sentimente. Viața desfășurată în timp ar consta dintr-o serie de scene ce se succed una după alta, începând din momentul nașterii. Subiectul organizează scenariul desfășurării vieții sale jucând secvențele diverselor scene. El imaginează și prefigurează propriul viitor, în care se simte angajat.

McAdams (1999) înțelege identitatea persoanei ca centru al istoriei povestite (sau care putea fi povestită) a propriei vieți. Persoana reală a fiecăruia se organizează prin asimilarea personajelor potențiale și reale ce iradiază din ea. Faptul nu e valabil doar pentru trecut, ci și pentru prezentul perceput și trăit, care e în permanență transpus prin limbaj în evenimente de viață nu doar trăite, ci și relatate sau relatabile, iar viitorul imaginabil poate fi și el configurat lingvistic. Mai recent, McAdams sugera organizarea persoanei pe trei nivele :

- 1) Nivelul la care persoana e caracterizabilă prin trăsături, așa cum sunt acestea codificate în modelul celor cinci mari factori.
- 2) Un nivel la care persoana e înțeleasă ca acționând în ambianțe contextualizate variat, la care adaptează proiectele, scopurile, strategiile, în funcție de loc, timp, împrejurări, valori.

3) Nivelul integrativ al istoriei de viață care relevă identitatea persoanei.

Această identitate nu trebuie căutată în comportament, și cu atât mai puțin în reacțiile subiectului în raport cu alte persoane, ci în capacitatea narativă de exprimare prin limbaj a istoriei propriei vieți.

Un alt autor, Hermans (1993), consideră că, în istorisirea perioadelor și situațiilor de viață, subiectul se manifestă nu doar ca un sine (*self*) global și nediferențiat, ci se poziționează în mai multe roluri, angajându-se în dialoguri cu alții și cu sine. Apar astfel mai multe povestiri care relevă multiple aspecte, corelate și integrate ale sinelui, iar unitatea persoanei se realizează în ansamblul multifacțat și polifonic al diferitelor povești, al istoriei narative – potențiale și parțial realizate – a propriei vieți.

Mulți cercetători angajați în această înțelegere a persoanei împărtășesc câteva puncte de vedere comune: *sineitatea (selfhood)* e povestibilă; istoriile de viață organizează experiența dispersată într-o totalitate integrată; viața persoanei are un text cultural – dependent de cultura în care trăiește subiectul; oamenii povestesc viața lor pentru audiențe variate; un om povestește multe narațiuni despre alții, despre sine și despre relațiile reciproce, fapt care variază de-a lungul timpului; participarea la istoria propriei vieți, trăită direct și relatată, structurează intimitatea și comuniunea; ansamblul istoriilor unei vieți organizează identitatea persoanei.

Prin istorisirea vieții persoanei se asigură coerența acesteia, dar se evidențiază și schimbările, metamorfozele pe care ea le trăiește.

Direcția de studiu centrată de narațiune este, evident, focalizată pe persoană, pe identitatea și ansamblul acesteia, mediată prin sine și cultură. Ea se articulează în prezent tot mai mult cu doctrina sinelui (*self*), cu care însă nu se poate confunda, de vreme ce aceasta implică trăirea subiectivă directă, experiențială, precum și conștiința nemijlocită. Psihologia narativă a persoanei este, poate, nivelul cel

mai global și exterior al exprimării acesteia, care nu exclude, ci pretinde și alte nivele și perspective. Ea este tot mai mult invocată în psihopatologia persoanei (Phillips, 2005).

Direcțiile actuale ale psihologiei persoanei centrate pe narațiune se articulează cu alte domenii de studiu antropologic, care pun, de asemenea, accentul pe hermeneutică. Dintre acestea, menționăm doar două: efortul lui McIntyre (1998) de a reînțemeia doctrina virtuților – în sens aristotelian – pe acel aspect al existenței persoanei care implică structural narațiunea, biografia potențială și, parțial, reală; curentul de sinteză personalistă inițiat de Ricoeur (1992; 1999), care, din punct de vedere hermeneutic și fenomenologic, concepe persoana umană ca bazată pe limbaj, acțiune, narațiune și viață etică. La acest nivel, tradițiile „personaliste” se intersectează cu direcțiile de studiu ale psihologiei persoanei.

2.11. Psihologia persoanei și doctrina sinelui (*self*)

În ultimii ani, pe lângă preocuparea față de trăsături, de condițiile contextuale de manifestare și cea față de perspectiva narativă, cercetările din domeniul psihologiei persoanei acordă o importanță sporită analizei și studierii sinelui (*self*).

Contextul interesului pentru sine (self)

Această preocupare se corelează cu dezvoltarea cognitivismului în cadrul căruia e dezbătută problema minte-corp (*mind-body problem*), care interesează și neuroștiințele, și, la fel, cu preocuparea pentru psihologia dezvoltării, care urmărește continuitatea dintre psihismul biologic și cel uman, în spatele specificităților antropologice. Această orientare psihologică și antropologică acordă o majoră importanță conceptului de *minte (mind)*. Aceasta nu face parte din

recuzita tradițională a noțiunilor ce caracterizează polul individual al umanului – temperament, caracter, subiect, eu, conștiință, personalitate. Totuși, el a fost utilizat în ultimele secole în filosofia anglo-saxonă în locul termenului de *psihism*, iar după 1949, când a apărut lucrarea lui Ryle, *Philosophy of the Mind*, s-a dezvoltat un puternic curent filosofic centrat pe această direcție.

Termenul de *minte* este apropiat de un anumit sens al conștiinței cunoscătoare și reflexive, dezvoltându-se mult odată ce gândirea contemporană a început să dea o anumită interpretare problematicii carteziene a relației dintre gândire și lumea negânditoare. Cogitația carteziană a evoluat, sub aspectul sensurilor spre conceptele de *gândire*, *conștiință*, *rațiune*. Rațiunea, ca raționare, se corelează, desigur, cu individul care cugetă, dar ea este concepută și ca o entitate sau un principiu supraindividual (suprapersonal), fel în care a fost interpretată în secolul al XVIII-lea, denumit și „Secolul Rațiunii”. În această perioadă s-a vorbit mult despre variate „ființe raționale posibile”, omul fiind considerat una dintre acestea, așa cum în repetate rânduri subliniașe Kant. Conceptul actual de *minte* (*mind*) reactivează înțelesul de ființă rațională al omului, dar pentru a nu rămâne la un nivel de generalitate abstractă – cum a rămas atât timp conceptul de *conștiință* –, mîntea (*mind*) este înțeleasă ca „în rădăcinată” în oamenii individuali, fapt ce se realizează prin sine (*self*), iar odată cu sinele se preia o mare parte din tradiția eului și a conștiinței de sine, care vizează și integrează intențional lumea.

Tradiția filosofică a conștiinei de sine s-a reafirmat în secolul XX, de exemplu prin opera lui Jaspers. Prima jumătate a veacului a fost dominată însă de fenomenologia lui Husserl, care pune accentul pe tradiționala conștiință și pe eu, nefolosind explicit conceptele de *sine* și *persoană*. Această fenomenologie a sinelui le preia în mare parte, și anume: intenționalitatea în sensul de vizare intențională a lumii și a propriului subiect, considerat în prezent ca tendința activă a sinelui; subiectivitatea resimțită, considerată în prezent ca și

conștient reprezentat al sinelui ; experiența conștientă trăită direct și nemijlocit, la care mulți comentatori ai psihologiei *self*-ului fac apel în prezent. Fenomenologia lui Husserl e o doctrină filosofică a subiectivității transcendente, dar influența sa asupra psihologiei persoanei și asupra psihopatologiei a fost remarcabilă.

În psihanaliza inițială a lui Freud, reflexivitatea sinelui nu joacă un rol important, în locul său fiind plasat *id*-ul instructiv inconștient. De abia în psihanaliza târzie, după ce a fost amplu dezvoltată tema eului, se ajunge la *self*.

Sinele în opinia lui Jung și a altor psihologi

Interesantă și, aparent, izolată, dar de referință, e concepția lui Jung. În opinia sa privitoare la psihismul persoanei umane, eul conștient joacă un rol relativ redus, deși mai important decât la Freud. Restul psihismului e format din inconștientul personal și colectiv, ultimul integrând arhetipurile. Sinele (ca *selbst*) e înțeles în primă instanță ca integrare a întregului psihism. În plus, din arhetipuri ar face parte, pe lângă *anima*, *animus*, *persona* și umbra sa, și un concept al *sinelui perfect*. Acesta poate fi simbolizat prin figura mandalei, ce reunește ordinea, unitatea, totalitatea. Realizarea de sine a persoanei, pe calea individuației, are în vedere acest ideal al unui sine ce tinde spre echilibru și împlinire, dintr-o direcție interioară și valoric spirituală. Sinele este centrul personalității, nucleul ei de identitate și, în același timp, totalitatea personalității ce se metamorfozează în permanență, adâncindu-se în sine. Această viziune spirituală a lui Jung nu a putut rezista, desigur, în fața pragmatismului cognitivist al secolului XX. Ea sugerează ideea de centru, sursă și integrare a persoanei, pentru sine.

Self-ul a jucat un rol important și în concepția altor psihologi ai persoanei, de obicei cu înțeles de agent intențional și ca reflexivitate, fiind folosit cu sensuri ce se intersectează cu cele ale conștiinței. Astfel, Bandura, care nu vorbește despre eu, subiect și caracter,

utilizează noțiunea de *agenție* și *self*. *Self*-ul ar fi, în primul rând, o structură cognitivă ce are funcții în percepere, evaluare, reglare și comportament. O temă importantă e cea a auto(*self*)-reglării comportamentului de către subiect, prin autoobservare, autocunoaștere, auto-activare, autoeficiență. Pe tema eficacității se focusează, de altfel, actuala psihologie anglo-saxonă a persoanei. *Self*-ul joacă un rol important și în psihologia lui Rogers, centrată pe autoactualizare. Ea avea în vedere, la fel ca la Rotter, satisfacerea nevoilor. În centrul nevoilor se află: recunoașterea statutului, independenței, nevoii de dominare, dragostea, confortul fizic și, la fel, implicarea în activități cât mai variate, faptul de a face față unor situații în permanentă schimbare printr-o continuă inițiativă. Acestea nu apăreau ca probleme pentru *self*-ul omului pe care-l concepe Jung, preocupat de echilibrul interior, spiritual. Faptul subliniază variabilitatea doctrinelor și concepțiilor de-a lungul secolului XX, în domeniul numit „psihologia persoanei”, în paralel cu modificarea stilului de viață dominant și a concepției despre om, despre persoana umană.

Sinele (*self*) este înțeles în psihologia actuală a persoanei ca un nivel sau un „modul” esențial (Fodor), care asigură coerența și esența întregii persoane. Sinele stă la baza atitudinii activ-reflexive a tuturor funcțiilor psihice (atenție, percepție, trăire afectivă, gândire, acțiune) și, în același timp, asigură percepția de sine, autoreprezentarea global-biografică și, prin aceasta, continuitatea și identitatea persoanei. O a treia funcție a sinelui (a conștiinței de sine), pe lângă cea de asigurare a identității (noi știm că suntem aceeași persoană de-a lungul timpului) și de „agenție” (noi știm că suntem autorii propriilor noastre gânduri și acțiuni), ar fi – după Kircher și David – conștientizarea distincției față de lume și de alții (știm că suntem diferiți de ambianță și de ceilalți). Sinele tinde să preia majoritatea funcțiilor tradiționale ale conștiinței de sine și ale eului într-o perspectivă care leagă filosofia de psihologia clinică și experimentală, precum și de neurofiziologie și patologia neurologică și psihiatrică.

Studiile și publicațiile despre sine (*self*) au crescut exponențial după 1970, în paralel cu dezvoltarea cognitivismului și a filosofiei minții (*mind*). Sinele ar fi instanța care asigură consistență și influențează felul în care oamenii gândesc, simt și se comportă în situații particulare, precum și felul în care gândesc despre ei înșiși. Sinele poate fi considerat, pe de o parte, ca agentul psihismului în sensul că „eu” (*I*, în engleză) sunt subiectul, „agenția” tuturor trăirilor mele psihice. De vreme ce e implicată reflexivitatea, această componentă activă include și calitatea experienței subiective (*qualia*; de exemplu, durerea, care e „a mea”) și, de fapt, întreaga conștiință de sine experiențială. Prin aceasta e asimilată o bună parte din contribuția fenomenologiei de inspirație husserliană la psihologie și psihopatologie. Totuși, distincția între mine și persoană se menține, chiar și în perspectiva filosofilor, așa cum subliniază Strawson. Pe de altă parte, s-ar putea distinge un aspect al sinelui ca „obiect” – în primul rând, ca obiect reflexiv al subiectului –, care se referă la auto-reprezentarea de sine, la felul cum mă percep eu pe mine, la ceea ce mi se întâmplă mie (*me*, în engleză). Este astfel inclusă memoria biografică, cunoașterea de sine, conceptul și idealul de sine, autoevaluarea.

2.12. Psihologia dezvoltamentală

Una dintre dezvoltările importante ale psihologiei persoanei în ultimele trei decenii este psihologia și psihopatologia dezvoltamentală. Aceasta se organizează ca o colecție convergentă – și în ansamblu coerentă – de studii privitoare la dezvoltarea copilului, trecându-se de la aspectele strict biologice la cele psihobiologice, de psihologie individuală, psihologie a microgrupului familial, integrare psihologică în diverse sisteme de funcționare socială. Studiile dezvoltării sistemului nervos central în perspectiva neuroștiințelor, a neurologiei și neuropsihiatriei joacă un rol important. Organizarea cercetării și interpretările sunt

efectuate din perspectiva unor diverse doctrine, de la psihanaliză la teoria atașamentului, a psihologiei interpersonale, a comportamentului, cogniției sociale, psihologiei diferențiale, dar mai ales a cognitivismului. Sunt urmărite variantele normale, deviante, anormale și patologice ale dezvoltării psihismului de-a lungul ontogenezei. Problema vulnerabilității, a raportului diateză/stress, a non-vulnerabilității și elasticității (rezilienței) de-a lungul dezvoltării sunt, de asemenea, abordate împreună cu ansamblul funcțiilor ce pot condiționa apariția manifestărilor psihopatologice, compensarea și decompensarea lor. Psihologia și psihopatologia developmentală se prezintă, de obicei, sub formă de monografii ce relevă diverse fațete ale psihismului persoanei, fără o teorie interpretativă dominantă. Această viziune se află în legătură cu doctrina ciclurilor vieții, inițiată de Erikson și continuată, în cazul adulților, de școala lui Levinson, în continuarea ideilor originale ale lui Jung asupra individuației.

Ca aspecte caracteristice pentru psihopatologia developmentală pot fi considerate următoarele: perspectiva interdisciplinară; studierea concomitentă și în paralel a dezvoltării normale și a celei deviant-patologice a psihismului, inclusiv zonele de tranziție dintre acestea; studiile orientate pozitivist, privitoare la aspecte precise ale persoanei, dezvoltate longitudinal și corelate între ele – obiectivul-limită îl reprezintă studierea dezvoltării și metamorfozelor pe întreaga durată a vieții, deci articularea cu problematica ciclurilor vieții de la vârsta adultă; perspectiva transgenerațională a particularităților dezvoltării normale și anormale; înțelegerea dezvoltării din perspectivă ecologică – a interrelațiilor și influențelor reciproce dintre individ și microgrupurile umane cu care interacționează direct în cadrul unei socioculturi; studierea concomitentă a factorilor stresanți și a celor protectivi; studierea continuității și discontinuității dintre tulburările și devianțele prezente la o anumită vârstă și la vârste ulterioare, inclusiv la cea adultă; cercetarea „elasticității” psihismului, în sensul că anumite persoane ajung la o bună dezvoltare, chiar dacă trăiesc timp îndelungat în condiții nefavorabile; ajungerea la un

rezultat comun (deviant, patologic), la o vârstă mai înaintată, pe diverse căi ale devierii în cursul copilăriei; problemele care le ridică perioadele critice ale dezvoltării; studierea perioadelor cu risc crescut; constituirea unor indivizi cu risc constant pentru tulburări psihice și evoluția acestora în cursul dezvoltării; studierea situațiilor developmentale în care copilul sau tânărul se află într-o fază intermediară între normalitate și anormalitate; influențele negative asupra dezvoltării diverselor funcții ale unei deficiențe sectoriale, prin cumulări intermitente, ajungându-se la vulnerabilizări sau perturbări de ansamblu; compensarea developmentală a unor deficiențe prin evoluția spontană sau prin intervenții țintite în anumite perioade de viață etc.

Patologia developmentală se dezvoltă ca o bază pentru înțelegerea istoriei formării, afirmării și devenirii persoanelor umane concrete în variante normale, vulnerabile, anormale sau excepționale. Ea se articulează strâns cu ideea biografiei, nefiind străine, în principiu, concepției narrative asupra persoanei; de asemenea, ea se bazează tot timpul pe dimensiunea sinelui, care stă la baza persoanei active, reflexive și intenționale, a identității acesteia cu sine. În sfârșit, ea pune accent și pe ambianța ecologic-umană în care persoana se formează, se afirmă, este receptată și evaluată, în care ea cere sprijin, dar și crează, adică, devine o personalitate creatoare. Persoana, personajul și personalitatea, care lasă amprente și influențează lumea în care se manifestă, formează un tot indestructibil.

2.13. Concluzie

Psihologia persoanei, așa cum s-a dezvoltat ea în secolul XX și așa cum se prezintă astăzi, e un conglomerat de doctrine, fapte asociate cu diverse metodologii, cunoștințe mai mult sau mai puțin sistematizate, care pot ghida cunoașterea „psihologică” a omului individual actual.

Nu există însă un corp doctrinar solid și unitar, care să fie un referențial indiscutabil pentru comunitatea psihologilor și psihopatologilor atunci când se comentează tulburările de personalitate, deși o serie de sugestii, date, metodologii și concepții îl pot inspira pe psiholog, clinician sau pe antropolog. Acest fapt se cere subliniat, deoarece, în ultimul timp, mulți susțin o ideologie a importanței și primatului „datelor empirice”, a fundamentării pe „evidențe faptice”, reproductibile. Dar orice fapt științific, în toate domeniile – deci inclusiv în psihologia persoanei și în domeniul tulburărilor de personalitate –, se obține printr-o metodologie și e solidar cu o teorie științifică sau, cel puțin, cu o doctrină cu pretenții de scientificitate, pe care o confirmă sau o infirmă. Nu există fapte științifice brute și neutre. De aceea, trebuie recunoscut deschis faptul că domeniul psihologiei persoanei normale este un posibil construct, în permanentă conturare și reorganizare, care generează cercetări și se alimentează din cercetări, după cum, pe de altă parte, se alimentează și din reflecția critică, din modalitatea de raportare speculativ-rațională a omului conștient la sine însuși.

Universul tulburărilor de personalitate nu va diferi, în scientificitatea sa, de universul în care se plasează problematica persoanei umane și cea a psihologiei persoanei normale.

Comentariile de mai sus nu susțin însă ideea că nu ne-am putut înțelege bine între noi atunci când discutăm despre persoana umană și despre tulburările de personalitate. Ghidați de o informație și o experiență corespunzătoare vom putea sesiza de fiecare dată direct și la obiect, „cine” este persoana care trăiește și manifestă o tulburare de personalitate, persoana cu care interrelaționăm în viața și profesia noastră.

Capitolul 3

Repere ale personogenezei normale și patologice

3.1. Repere personogenetice fundamentale

Personalitatea umană reprezintă un concept operațional care definește omul în sfera disciplinelor psihologice. În realitate, ea se corelează ființei umane conștiente de sine, cu un eu autentic ce se manifestă ca atare, care are un destin unic și poate fi descrisă ca o structură bio-psiho-socio-spirituală. Aceasta reunește :

- principiul vital (interacțiunile din care a luat naștere ființa) ;
- principiul rațiunii (reperele cunoașterii și înțelegerii) ;
- principiul conștiinței (capacitatea de autorefecție și de reflectare a lumii) ;
- principiul transcendenței (capacitatea de a se re-crea prin depășirea de sine și a lumii, tinzând spre un ideal).

Dar personalitatea mai înseamnă și un *complex de trăsături psihologice*, specific individuale, persistente, în marea lor majoritate neconștientizate, care se reflectă în aproape toate manifestările comportamentale. Acestea sunt expresia unor atribute stabile sau coalescează o suită de stări și reacții declanșate de stimulii din mediu.

Trăsăturile apar ca rezultată a frecvenței și intensității reacțiilor anterioare la diverși stimuli și sunt predispoziții individuale de a observa diversele situații de viață – uneori de a le integra –, dar și de reacționa într-o manieră specifică. În ansamblu, sunt deci condiționate de predispoziții biologice și experiențe de cunoaștere și învățare și structurează un model personal de percepție, gândire, afectivitate și adaptabilitate. Atunci când sunt maladaptative, iar manifestările psihocomportamentale corespondente amprentează constant destinul individual, suntem pe teritoriul personalităților patologice.

Descifrarea originii omului rămâne un major deziderat antropologic, în sensul că suntem creația lui Dumnezeu, iar Pământul poate fi raiul – sau iadul – unei alte lumi. Sorginea extraterestră postulează faptul că oamenii sunt urmașii născuți din elementele de concepție ale unor ființe din spațiul cosmic care, întâmplător sau nu, au ajuns pe Pământ.

Singurul proces care poate însă explica formarea unor trăsături complexe funcționale drept componente ale naturii umane, dar și ale tuturor ființelor vii este selecția naturală ca teză a teoriei evoluționiste (Buss *et al.*, 1998). Apariția și evoluția omului presupune criterii selective specifice care favorizează adaptarea la condițiile mediului și diferă, bineînțeles calitativ, de cele corespunzătoare altor specii (Symons, 1992). Trăsăturile complexe funcționale, formate ca variabile individuale, asigură supraviețuirea organismului și reproducerea acestuia. Variabilele moștenite sunt calitativ superioare și, inițial, domină procesul evolutiv. Acesta rămâne unul non-intențional și dificil de anticipat, din cauza intervenției selecției cantitative, dependentă de frecvență. Corespunzător acesteia, dacă într-o comunitate numărul bărbaților scade simțitor, cresc condițiile pentru care aceștia să fie apreciați și să aibă succes; altfel spus, crește valoarea lor. Vor fi favorizați astfel părinții care au băieți, iar cele două sexe se vor apropia din nou din punct de vedere cantitativ.

În cazul personalității umane, lucrurile se desfășoară într-un mod asemănător. În mod tradițional, femeile își aleg bărbații după trăsăturile constituționale avantajante și după calitățile reproductoare, parentale. E de subliniat faptul că raporturile dintre sexe sunt condiționate de diferențele ce țin de biologia reproducerii, care este mult mai complexă și mai durabilă la sexul feminin (Buss, 1994). Se poate întâmpla ca bărbații atractivi să evite femeile, deci și rolul parental, rezultând astfel legături erotice de scurtă durată. Sunt descrise *două variante atitudinale*. Atunci când femeia caută un tată pentru copiii ei, contactul sexual este amânat, iar logodna prelungită, pentru confirmarea calității sentimentelor și structurarea strategiilor conjugale. Pe de altă parte, dacă femeia caută un bărbat pentru farmecul și dotarea sa, contactul sexual este precoce și legăturile sunt efemere (Gangestad și Simson, 1990). Rezultă astfel *două strategii relaționale*: una non-restrictivă – când crește numărul femeilor cu strategii non-restrictive, crește și numărul bărbaților apreciați pentru dotarea și farmecul lor, dar și nivelul competiției dintre ei, fapt care determină diminuarea raporturilor de acest fel – și una restrictivă, în cazul cărora procesul este asemănător, închi-zându-se astfel un ciclu al parteneriatului sociosexual (Buss și Shackelford, 1997).

Un exemplu derivat din particularitățile socioculturii actuale este cel al trăsăturilor de tip antisocial, dintre care unele sunt recunoscute ca având transmitere genetică. După cum se știe, la maturitate, pacienții cu TP antisocială adoptă strategii sexuale non-restrictive, precoce și exploitative, care vor favoriza transmiterea genelor propiopatice.

Modalitățile de manifestare a instinctului sexual sunt dependente și de statutul socioeconomic. Nivelul ridicat al acestuia favorizează relațiile dintre sexe. De aceea, bărbații luptă mai mult decât femeile pentru o poziție socială și un statut economic cât mai ridicat. Ei investesc timp și efort în acest statut și suferă intens când acesta este

afectat total sau parțial. Ca urmare, statutul social al familiei în care se naște un copil primește o importanță deosebită (Kenrick și Keefe, 1992).

Particularitățile motivaționale sexuale – conform cărora bărbaților le este proprie o mai mare diversitate a relațiilor intime – influențează, la rândul lor, raporturile dintre sexe și rolul parental. Complexitatea acestuia din urmă este însă net superioară relațiilor sexuale. Astfel, bărbații sunt, în genere, mai geloși pe infidelitatea sexuală, iar femeile, pe cea afectivă.

Rolul personogenetic al mediului este decisiv prin favorizarea unor trăsături sau aptitudini personale moștenite. În acest sens, amintim calitățile atletice în anumite culturi sau zone geografice sau abilitățile aparținând unor profesii cu transmitere familială. De asemenea, persistența unor situații dezavantajante, precum o viață familială dezordonată sau abuzul de substanțe toxice în familia parentală, poate cultiva trăsături individuale din același spectru sau, dimpotrivă.

Selecția naturală are rol de filtru în cazul fiecărei generații. Persistă doar acele trăsături care asigură superioritatea personalității, continuitatea și creativitatea speciei. Ele sunt întotdeauna adaptative și moștenite ereditar. Studiile recente efectuate pe gemeni arată faptul că și în cazul tulburărilor de personalitate ereditatea ocupă un loc semnificativ. *Cei patru factori cu transmitere ereditară* sunt: disconfortul afectiv, antisocialitatea, inhibiția și compulsivitatea. Aceștia pot fi raportați la atributele temperamentale. În sens dimensional, ei corespund unui nivel crescut de nevroticism și conștiinciozitate, respectiv scăderii extroversiunii și farmecului. Astfel, *teoria selecției prin frecvență* interferează cu determinismul genetic al personalității și confirmă legătura dintre ereditate și comportament.

Diferențele interindividuale reprezintă o realitate accentuată prin modul în care sunt prezentate trăsăturile avantajante sau dezavantajante în funcție de conjunctură. Se transmit astfel – prin internalizarea

modelelor comportamentale – acele strategii adaptative și relaționale care subliniază, de fapt, autenticitatea fiecărei persoane. Oamenii zilelor noastre sunt purtătorii unui set de strategii adaptative care s-au dovedit superioare în timp. Ele pot fi promovate eficient în raporturile interpersonale, dacă sunt conștientizate. Se reconfirmă deci rolul autopercepției care integrează introspecția și autoevaluarea. De aceea, diferențele interindividuale devin evidente și stabile la vârsta maturității.

3.2. Ontogeneza personalității normale

Ontogeneza personalității normale este un proces complex care coalescează factorii ereditari și de mediu și impune modele de studiu integrative.

Atributele copilăriei se regăsesc în trăsăturile temperamentale ale adultului, astfel încât – în sens metaforic – s-a pus întrebarea : „În ce măsură este copilul tatăl adultului ?”. Raporturile stimul-răspuns încep din primul an de viață, dar manifestările senzoriale, motorii și afective holotimice din acea perioadă nu se regăsesc decât în condiții comorbide specifice tulburărilor de personalitate la vârstele mai mari.

Al doilea an de viață este decisiv prin prisma modificărilor corelate cognitive și afective. Senzorial și cognitiv, copilul devine capabil să controleze permanența și alteritatea obiectului și să se angajeze în jocuri simbolice. Apar, de asemenea, emoțiile trăite ca personale, deci asumate, de tipul îngrijorării și rușinii, și devin astfel posibile reprezentări mentale ale mediului social, formându-se expectații și credințe în raport cu acesta (Astington, 1993). Aceste atribute cognitive, afective și motivaționale incipiente devin predictive pentru personogeneza ulterioară doar atunci când sunt congruente cu cele ale mediului social. Altfel, rămân simple reacții la stimulii externi fără contribuție ontogenetică. În același context, deprinderile

din prima copilărie sunt mai rezistente la influențele factorilor de mediu atunci când sunt dominant moștenite (Tessler, 1993). A putut fi însă stabilită o corelație pozitivă între memoria de recunoaștere din primii ani de viață și IQ de la vârste mai mari (McCall și Carriger, 1993). Factorul *inteligentă* rămâne însă o variabilă relativă, condiționată de educație, interacțiunile sociale și culturale care amprentează decisiv destinul personalității normale și patologice.

Din perspectivă developmentală, se consideră că există trăsături ale personalității, dominant moștenite, care nu se modifică în timp, iar pe de altă parte, pentru diferențele structurale interindividuale nu pot fi confirmate, ci doar sugerate repere predictive (Lewis, 1997; Caspi, 1998).

Există *mai multe modele personogenetice*. Unul dintre ele este *modelul organismic* – centrat pe individ –, care consideră că individul se maturizează gradual, prin acumulări progresive (Pervin, 1990). Este relevant rolul relațiilor parentale – cu mama, în special – ca factor personogenetic major. Atributele noastre cognitive, afective și adaptative în situații particulare sunt eferențe ale structurii ADN-ului individual, ale rețelelor interneuronale sau pot fi învățate și fixate prin repetiție. Ele devin persistente și se integrează structurii personalității dacă sunt îndeplinite trei condiții. Atunci *când au un determinism biologic* – genetic, corelat supraviețuirii speciei – sau *când sunt învățate și repetate* (Plomin, 1983). De aceea se dezvoltă trăsături individuale pozitive adaptative și negative maladaptative, pentru că repetăm atât experiențele de viață pozitive, cât și pe cele negative. A treia condiție presupune *conștientizarea și integrarea lor prezentului trăit și conștiinței de sine*. Astfel, dacă ești convins că ai un defect de vorbire din copilărie, rămâi cu această convingere chiar dacă, în viața adultă, devii un actor strălucit. De asemenea, pot exista avantaje și în menținerea unor strategii disfuncționale, pentru că ele te obligă mai târziu să cauți experiențe noi care pot fi

benefice (Greenberg și Mitchel, 1983). Alteori, nerezolvarea unei probleme împiedică implicarea în altele noi, iar incapacitatea de a te corecta îți modifică nu doar ție comportamentul, ci și pe cel al celor din jur. Așa se întâmplă în cercetarea unor conduite sexuale deviante, care presupune și colaborarea celor care, direct sau indirect, au contribuit la apariția lor (Masters *et al.*, 1977). Atitudinile și tendințele fixate inițial sunt mai persistente decât cele recent învățate, pentru că induc sau alterează structuri biologice. Astfel, copilul învață mai greu să folosească toaleta, pentru că, anterior, a avut alt mod de adaptare la situație, pe care trebuie să-l uite și apoi să-și însușească noua variantă (Largo *et al.*, 1986). Afirmatia face trimitere la doctrinele psihosociale occidentale, care postulează continuitatea ontogenezei personalității, în antiteză cu cele orientale, care o descriu ca pe un proces discontinuu, cu reveniri și întreruperi. Ele pot reflecta instabilitatea sociopolitică, dar și convingeri de factură mistică, precum cele privitoare la reîncarnare.

Din acest model derivă *trei teorii evolutive personogenetice*.

Prima poate fi numită *teoria cantitativă*, a achizițiilor progresive, dar inegale, care pornesc de la structuri și funcții preexistente. Personogeneza este deci un proces continuu, care însă nu este condiționat doar de reperere inițiale preformate, ci se diversifică începând cu modificările hormonale din perioada pubertății și adolescenței. E o tranziție de factură dimensională.

Majoritatea opiniilor personogenetice elaborate confirmă discontinuitatea etapelor ca atribut major în fazele precoce și continuitatea lor ca dominantă a fazelor tardive (Roberts și Helson, 1997).

A doua teorie evolutivă personogenetică este *teoria transformărilor etapizate*, în care rolul structurilor și funcțiilor inițiale este sumar, iar modificările din fazele tardive le înglobează pe cele din fazele precedente. Astfel, când A devine B, A încetează să mai existe. Doar nivelul A poate interacționa cu mediul, iar în condiții de stres el poate regresa la un nivel inferior care ignoră achizițiile anterioare

și se manifestă prin simptome psihopatologice sau tulburări de comportament. Ca exemple pot fi menționate succesiunea etapelor ontogenezei insectelor, descrisă de Piaget (1952): omidă → larvă → fluture. La fel se întâmplă și în cazul dezvoltării inteligenței, în care abilitățile senzoriale și motorii sunt înlocuite de operațiile logice. Freud (1953), la rândul său, a descris cele cinci stadii binecunoscute ale personogenezei – oral, anal, falic, de latență și genital. Bowlby (1988), pe de altă parte, abordează atașamentul ca atribut al personalității cu valoare de trăsătură care însoțește dezvoltarea acestuia. O relație de atașament crescut al copilului cu mama favorizează raporturile de prietenie cu congenerii și, ulterior, o dragoste romantică. Teoria e combătută de faptul că dacă A și B sunt diferite, nu pot deriva una din alta și, de asemenea, etapele nu sunt parcurse toate de fiecare individ.

Teoria aditivă – cea de-a treia – postulează faptul că dezvoltarea e discontinuă, etapizată, nivelul imediat superior integrându-l pe cel precedent care își păstrează încă o parte din atributele definitorii. Astfel $A \rightarrow B$, iar B devine B_1 , integrând pe A. Individul își dezvoltă diferite nivele de reprezentare a abilităților sectoriale care se mobilizează în funcție de scopul momentan, procesul putând implica sau nu participarea emoțională. Transformarea are loc sub influența condițiilor de mediu care pot provoca și fenomenul invers, de regresie sau reversibilitate la un nivel inferior. Un exemplu ar ar putea fi situația în care copilul își suge degetul sau plânge atunci când cade. Ca adolescent sau adult, poate să recapete – în condiții de stres – aceste atitudini (Mounoud, 1990; Le Dour, 1990).

Modelul contextual sau pragmatic. James (1975) relevă faptul că strategiile cunoașterii se modifică mereu în funcție de context. Acumulările care definesc personogeneza reprezintă o colecție de evenimente care nu sunt, în mod necesar, legate între ele, nu au legătură unele cu altele și nu se termină niciodată. Nu există transformare, progres, deci nici finalitate. Teoria postulează rolul dominant

al *self*-ului, care este activ, gândește, simte, planifică, dar în funcție de un anumit moment sau context existențial. În acest fel, prezentul reconstruiește trecutul, care își pierde legătura cu realitatea, fiind un construct imaginar. Gândurile noastre sunt condiționate de nevoile noastre, iar acestea devin funcții ale minții noastre. Ca urmare, dezvoltarea personalității nu e unidirecțională – ca în cele trei variante ale teoriei organismice –, ci complexă, multidirecțională, în funcție de *nevoi* și de *context*. Ne dezvoltăm personalitatea nu doar pornind de la predispoziții și experiențe precoce, ci trăind într-un prezent pe care-l cunoaștem și fiind mereu conștienți de noi înșine.

Relația mamă-copil evoluează în timp, pozitiv sau negativ, în funcție de atributele inițiale, în sensul că opinia asupra timidității sau labilității unui copil la o anumită vârstă este asemănătoare cu cea de la vârstele anterioare.

Bowlby (1980) merge mai departe, afirmând că un copil are și un model activ de relație cu mama sa, care se adaugă experiențelor inițiale. Întrebările repetate legate de ele confirmă rolul dominant al prezentului trăit (legat de context și de mediul social) în raport cu trecutul. Autopercepția favorabilă a unui individ în prezent – inclusiv corespunzător raporturilor cu diverse forme de autoritate – induce și relatări pozitive asupra trecutului personal (Darrow, 1970). Acesta rămâne o structură imaginară și pentru că e foarte greu de stabilit în ce măsură evenimentele de viață au fost trăite cu adevărat (Ford și Lerner, 1992).

Studiile asupra atașamentului, privit ca factor prosocial și relațional major, arată că nu există o relație directă a nivelului acestuia de la vârsta de 1 an cu cel de la 18 ani. Merită aici inserată trimiterea la procesele memoriei, care au un caracter contextual, legat de nevoile și motivațiile prezentului. Astfel, evenimentele de viață din trecut sunt reconstruite pornind de la reperele dominante ale cotidianului. Cu alte cuvinte, convingerile noastre actuale le influențează pe cele asupra trecutului care, la rândul lor, dau sens prezentului trăit.

Inițial, există un atașament sporit față de mamă, apoi față de obiect. Până la 18 ani, atașamentul este condiționat familial, după această vârstă dominând condiționările sociale. Reprezentările pre-verbale ale eului și ale celor apropiați, care le oferă căldură afectivă și protecție, structurează un model dinamic interior (*internal working model*). El se dezvoltă pe măsura maturizării cognitive și ghidează comportamentul individual prin modularea trăirilor afective (Waters *et al.*, 2000). Autoreprezentările negative corespund unui atașament anxios, iar reprezentările negative ale lumii, unui atașament evitant (Rothbard și Shaver, 1994).

Dezorganizarea atașamentului prin alterarea severă a raporturilor cu persoana securizantă, care devin o sursă permanentă de frustrări și psihotraume, cultivă instabilitatea imaginii de sine, care poate prefigura dezvoltarea unor trăsături de tip borderline (Solomon și George, 1999; Fonagy *et al.*, 2000).

Harper (1998) descrie eul ca pe o structură cognitivă organizatoare a comportamentului, prin intermediul căreia acesta se integrează personalității. El coalescează atributele individuale care se vor manifesta mereu la fel în situații specifice, asigurând autenticitatea individuală. Eul condiționează autopercepția și autoevaluarea care diferă calitativ în dinamica rolurilor și vârstelor vieții. Astfel, autopercepția pozitivă din copilărie legată de inabilitatea de a diferenția realul de ireal induce un sentiment de grandiozitate de factură megalomaniacă, ce poate deveni suportul unor trăsături de serie narcisică la vârsta adolescenței. Grandiozitatea devine patologică atunci când este refuzată orice variantă de autopercepție dezavantajantă și se acordă aceleași semnificații perceperii de către cei din jur. Pe de altă parte, eul copiilor abuzați fizic sau psihic se structurează micromanic, prin intermediul unei autopercepții devalorizante care se autoîntreține prin perceperea deformată a celor din jur. Ca urmare, ontogeneza personalității are condiționări multiple, legate însă permanent de lumea înconjurătoare.

Personogeneza înseamnă, în primul rând, succesiune a vârstelor, pentru că personalitatea este o structură dinamică ce diferă de la o vârstă la alta. Ea este condiționată de dezvoltarea psihismului, deci de integritatea morfo-funcțională a sistemului nervos central și integrează atât dezvoltarea funcțiilor psihice, cât și delimitarea trăsăturilor personalității sub influența condițiilor de mediu. Formarea personalității coalescează contribuția a două categorii de factori: ereditari și de mediu.

Factorii genetico-ereditari au un rol personogenetic care a fost remarcat corespunzător asemănarilor reciproce dintre părinți și copii. Atributele copilăriei se regăsesc în trăsăturile temperamentale ale adultului. Prin urmare, există trăsături sau abilități care sunt transmise descendenților. Ce anume se transmite? Caracteristici fizice sau psihice? În ce măsură – în raport cu cele determinate exogen – și cum se transmit trăsăturile parentale?

Există o ereditate biologică și una psihologică. Astfel, trăsăturile fizice sunt în mod inegal determinate de factorii ereditari, creșterea corporală și maturizarea sexuală având și condiționări sociale. Are loc accelerarea dezvoltării lor în țările cu o civilizație materială avansată, precum și datorită ritmurilor vieții moderne, care favorizează maturizarea precoce funcțională a sistemului nervos central. Trăsăturile fizice se transmit ereditar într-o măsură mai mare decât cele psihice – cognitive și afective –, mai complexe. Este important nivelul de conștientizare al acestor trăsături și opinia mediului social – care le valorizează sau nu –, favorizând sau defavorizând influența lor asupra structurii personalității.

Dintre trăsăturile psihice, inteligența a fost mereu o prioritate, considerându-se că se transmite ereditar într-o proporție de 80%. Testele de inteligență însă nu pot diferenția contribuția eredității de cea a mediului și măsoară atât gradul de asimilare a achizițiilor socioculturale, cât și nivelul de accesibilitate la acestea. Se infirmă astfel superioritatea intelectuală a unei clase sociale sau rase. Influența

eredității rămâne mai mare în cazul funcțiilor psihice mai simple, ca și a trăsăturilor de temperament și scade în personogeneza tardivă în favoarea exercițiului, învățării și a factorilor sociali. Trebuie subliniat și faptul că numai în condiții favorabile de mediu predispozițiile ereditare devin manifeste clinic.

Este dificil să se facă o separare a contribuției influenței genetice – aproximativ 50% – față de cea ambientală, asupra trăsăturilor personalității (Plomin *et al.*, 2001). Mecanismele poligenice nu pot explica singure trăsăturile personalității, ele interferând constant cu factorii de mediu. Livesley (2003) sugerează contribuția dominantă a genelor și a *marker*-ilor biologici – impulsivitatea : scăderea 5-HT centrale (Mann, 1998) – în determinismul dimensiunilor cel mai bine delimitate, deci mai pregnant conturate. De asemenea, trăsăturile temperamentale – condiționate dominant genetic – influențează contribuția personologică a factorilor de mediu. Astfel, după Reiss (2000), temperamentul copilului fundamentează raporturile cu părinții și congenerii. Aceștia din urmă par să domine ca importanță contribuția atmosferei familiale în dezvoltarea personalității copilului (Harris, 1998). Dar tot el subliniază faptul că orice încercare de a stabili raporturi între experiențele din copilărie și personalitate nu poate ignora factorii genetici ca variabile latente.

Factorii de mediu asigură umanizarea individului, deci afirmarea conștiinței și a spiritualității. Studiile efectuate pe gemeni mono- și dizigoți arată rolul accelerator pentru maturizare al intervențiilor educative precoce și complexe. Nu în ultimă instanță, rolul factorilor sociali în personogeneză este confirmat și de imposibilitatea umanizării „copiilor-lup”. Relațiile interpersonale – pe verticală părinți, iar pe orizontală congeneri – influențează voința, sociabilitatea, farmecul și alte dimensiuni ale personalității din modelul celor cinci factori și din cel al celor șapte factori. Pe de altă parte, jocurile de rol favorizează dezvoltarea de trăsături caracteriale diferite.

Personogeneza se substituie unui proces etapizat, fiecare etapă fiind un capitol distinct al aceleiași istorii. O etapă integrează un

ansamblu de trăsături psihologice și personologice, coerente și structurante. De asemenea unui anumit nivel funcțional al proceselor cognitive îi corespunde un nivel asemănător al proceselor afective și al trăsăturilor volitive și caracteriale din structura personalității.

La vârsta copilăriei, operațiile gândirii se realizează prin intermediul acțiunilor externe, însoțite de exprimarea cu voce tare a cuvintelor. Acțiunile copilului au motivații biologice – nevoi imediate, impresii nemijlocite – și nu se desfășoară pe baza unui plan prestabilit sau a unor norme deontice. Imaturității psihologice îi corespunde deci una caracterială. Raportul se păstrează în cazul personalității normale armonios structurate. Această relație precedă, ca debut, nașterea, fiind inițiată de planificarea maternității, și conduce la structurarea aceluși model intern activ de reprezentare (*internal working model*) care va favoriza diferențierea progresivă a individului față de lumea din jur (Piaget și Inhelder, 1970). Copilul trăiește între real și imaginar; ca urmare, îi imită pe cei din jur și ajunge să și-i reprezinte și atunci când nu sunt prezenți.

Pe de altă parte, la vârste mai mari (în a treia copilărie), procesele psihice mai complexe – cum este gândirea – le influențează, stimulându-le, pe cele elementare – atenția și memoria imediată. Ontogeneza psihismului deci se face de la simplu la complex, de la nediferențiat la diferențiat, dar și invers, după o anumită vârstă, la care responsabilitățile și ierarhiile sociale, precum și rolurile vieții obligă la însușirea primelor norme morale comunitare. Astfel, psihismul în dezvoltare întâlnește primele atribute care vor aparține, în timp, personalității, ele fiind de natură cognitivă, afectivă atitudinală, relațională și morală.

Majoritatea caracteriologilor împart personogeneza în șase etape :

- sugar sau nou-născut : 0-1 ani ;
- prima copilărie : 1-3 ani ;
- a doua copilărie : 3-6 ani ;

- a treia copilărie : 6-11/12 ani ;
- preadolescența : 11/12-14/15 ani ;
- adolescența 14/15-18/19 ani, care, după Neugarten (1988), corespunde unor vârste diferite în culturi diferite.

Sunt importante și constant întâlnite activitățile dominante ale vârstei – acțiuni obiectuale imitative (în prima copilărie), jocul (în a doua copilărie), învățarea (ulterior). Ele asigură diferențierea, integrarea și ierarhizarea proceselor psihice. Simultan, copilul comunică cu mediul social și internalizează un anumit sistem de relații și roluri, introjectează normele bunului-simț comunitar și începe să-și controleze energiile temperamentale și sub influența educației instituționalizate.

Perioada de sugar este dominată de funcțiile vegetative și de contactul cu obiectele sau figurile care apar și dispar complet în spațiul imediat. În luna a treia, apare zâmbetul în prezența mamei, iar înțelegerea primelor cuvinte are loc la 8 luni, când se plasează cu aproximație și debutul relației de atașament față de mamă. Acesta este securizant și gratificant. Pronunțarea primelor cuvinte se face la 10-12 luni.

În prima copilărie – între 1 și 3 ani – se dezvoltă mersul, care asigură contactul cu lumea, deci o anumită independență și primele elemente vagi ale conștiinței de sine. Gândirea intuitivă se dezvoltă prin jocuri de rol și simbolice, în timp ce afectivitatea domină psihismul, dar începe să se obiectiveze și să se organizeze în raport cu lucrurile, acțiunile și persoanele din jur. Sunt conștientizate primele emoții proprii, precum stânjeneala și jena, corespunzător percepției semnificației morale a propriilor fapte. Dar controlul conștient cortical e încă scăzut, iar copilul are abateri de la cerințele și expectațiile adulților, deși înțelege că este autorul unor acțiuni care au consecințe asupra celorlalți. La 3 ani „schema corporală” e structurată în așa măsură încât permite reprezentarea fermă a limitelor propriului corp.

A doua copilărie reprezintă o piatră de hotar ce corespunde debutului personogenezei propriu-zise și apariției sentimentelor. Copilul se integrează în familie – raportându-se și la alți membrii – și își extinde rețeaua de suport social la grădiniță. Jocul cultivă curiozitatea, imaginația, conturează interesele și valorile personale incipiente, dezvoltă relațiile interpersonale și, prin imitarea rolurilor adulților, deschide accesul spre lumea celor mari. Poveștile oferă noi subiecte de identificare și imitație și devin sursa arhetipurilor care participă activ la structurarea identității (Jung, 1984). Activitățile obligatorii de la grădiniță devin primele forme ale învățării.

La 5 ani, este confirmat rolul reglator al cuvântului care face ca subiectivismul dorințelor și frustrărilor să fie înlocuit de reperele realității obiective. Pot fi conștientizate exemple și norme de conduită, performanțe și valori. Limbajul permite internalizarea mesajelor adulților și cultivă socializarea. Apar planificarea acțiunilor și efortul voluntar, ce ar putea corespunde primelor atribute caracteriale. La 6 ani, structurarea identității sexuale este definitivată, copilul fiind conștient căruia gen îi aparține.

A treia copilărie și perioada pubertății sau preadolescența coincide cu debutul școlarizării și apariția unor solicitări complexe. Se reorganizează schema corporală și crește preocuparea pentru propriul corp, ca preambul al unei noi „crize de identitate”. Corporalitatea are pentru individ o dublă semnificație – de componentă a lumii biologice și sediu al propriei vieți psihice, dar și de condiție fundamentală de delimitare a eului conștient în raport cu lumea. În acest sens, se conturează – în plan personologic – două profiluri care încearcă, mai mult sau mai puțin conștient, să atragă atenția anturajului: unul hiperexpresiv, captativ, de factură histrionică, și unul riguros și perfecționist, de factură anancastă.

Sunt evidente instabilitatea psihomotorie și dificultățile de învățare a scrisului și cititului. Se conturează „fobii de școală” ca expresie a tulburărilor de atașament sau a unor inițiale experiențe negative în

mediul școlar. Devin dominante jocurile constructive și cu reguli care dezvoltă autocontrolul și colaborarea. Normele noi disciplinare vizează și ritmul achizițiilor, precum și eficiența învățării, termenul de *succes personal* primind noi valențe (Lăzărescu, 2002). După 11-12 ani, aspectul fizic și felul în care apare tânărul în ochii celor din jur devin problematizante. Crește atracția pentru experiențele sexuale masturbatorii sau în cuplu, chiar și homosexuale, precum și preocupările legate de alimentație, mai ales la tinerele fete.

În această perioadă, calitatea educației asigură calitatea învățării – ca principală forță motivațională a maturizării individuale. Procesul de învățare rămâne condiționat de comunicarea verbală și nonverbală cu părinții, care sunt primii care determină înlocuirea comportamentului impulsiv-instinctual cu unul standardizat. Sunt, de asemenea, implicate relația afectivă cu mama, raporturile cu lumea materială și cu natura, dar și modalitățile de însușire a limbajului și de asimilare a valorilor sociale și culturale.

Abilitățile logice devin calitativ superioare și permit conturarea distinctă a propriei individualități. Relația de atașament parental pierde teren în favoarea atașamentului față de congeneri (Bolwby, 1973). Adolescentul devine capabil și de relația de atașament față de subiecții ideali și își reevaluează atașamentul parental. Pot să apară manifestări expansive sau disforice, care prefigurează trăsături narcisice sau histrionice. Devine evidentă complexitatea și stabilitatea raporturilor dintre procesele de învățare și de maturizare individuală, aceasta din urmă integrând și eforturile de adaptare în rolurile vieții. Suprasolicitearea poate cultiva atitudini evitante sau scurtcircuitate, dar și atribute integrabile nevroticismului.

În adolescență, conștiința de sine se întregeste ca un *alter-ego*, iar nepotrivirile dintre dezvoltarea biologică și cea psihologică se estompează și devin evidente tendințele de emancipare de sub autoritatea părinților și a dascălilor. Achizițiile cognitive sunt în expansiune, ca și procesul de integrare a valorilor lumii adulților. Se structurează

raportul dintre erotism și afectivitatea tranzitivă a dragostei, raport dominat de atributele sentimentalismului și romantismului. Se inițiază sau se amână, în mod frustrant, relațiile sexuale. Propria identitate a tânărului o integrează afectiv și pe cea a persoanelor din jur, față de care se simte, de asemenea, și responsabil. Apar inițiative elaborate de integrare în lumea celor maturi, de structurare a unei noi identități. Se conturează, astfel, raporturi sociale valorizante, căutarea unui partener de viață, dar și opțiunea profesională.

Interiorizarea rolurilor și a conduitelor specifice diferitelor cicluri ale vieții, ca și deschiderea spre cunoaștere, reprezentarea și înțelegerea lumii poartă încă amprenta idealismului corespunzător unei insuficiente experiențe personale de viață. Dar eul se maturizează prin cultivarea conștiinței a abilităților și aptitudinilor personale, precum și prin conectarea satisfacțiilor la problematica și scopurile sociale și profesionale. În această etapă existențială, prelungirea școlarizării prin integrarea în viața universitară stimulează procesul de maturizare a personalității. Manifestările adolescenței pot sugera trăsături narcisice, histrionice, evitante sau dependente, dar diferențierea rămâne dificilă și condiționată de calitatea adaptabilității în roluri și a relațiilor interpersonale. Incapacitatea adolescenților de a se diferenția de părinți sau de a-și rezolva raporturile cu congenerii poate deveni un factor vulnerabilizant major în structurarea unei personalități armonioase.

Din relațiile părinților rezultă o scădere progresivă a atitudinilor repliate, tensionate, de izolare, între 4 și 18 ani (Achenbach, 1991), ca și nevroticismul care este scăzut între 16 și 30 de ani, după ce la fete crescuse progresiv până la vârsta de 14 ani.

În ansamblu, formarea personalității umane rămâne un proces etapizat care se desfășoară pe un fundal numit *durată* (Nireștean, 1995). Ea este condiționată de integritatea morfofuncțională a sistemului nervos central, care permite și dezvoltarea psihismului. Fiecare etapă reprezintă un capitol distinct al aceleiași istorii și integrează un

ansamblu de atribute coerente și structurante psihologice și personalogice. Astfel, personalitatea umană devine o unitate structurală și funcțională diferită la vârste diferite. Într-o anumită etapă, unui anumit nivel funcțional al proceselor cognitive îi corespunde unul asemănător al celor afective, dar și volitive și caracteriale, care aparțin personalității. Astfel, în copilărie, operațiile gândirii se realizează prin intermediul acțiunilor externe însoțite de exprimarea cu voce tare a cuvintelor. Motivațiile acțiunilor sunt biologice, datorită nevoilor imediate și impresiilor nemijlocite și au un corespondent afectiv holotimic. Nu există nici un plan prestabilit, nici norme deontice: prin urmare, imaturității psihologice îi corespunde una caracterială. Copilul, în această etapă a dezvoltării sale, rămâne un „actor” caracterizat printr-un evident conformism intelectual și moral, fenomen obligatoriu pe calea devenirii ca personalitate adultă. La vârste mai mari – începând cu a treia copilărie –, procesele psihice mai complexe, cum ar fi gândirea, le stimulează pe cele elementare, ca atenția și memoria imediată. Suportul afectiv este unul calitativ superior, raporturile emoționale nemaifiind condiționate doar biologic, ci și social, cu posibilitatea apariției sentimentelor de colegialitate, de prietenie, de respect. În preadolescență și adolescență, procesul ontogenezei personalității atinge intensitatea maximă pentru că se desfășoară după un program al adultului. Funcțiile psihice se dezvoltă prin condiționări sociale, iar raporturile prelungite și complexe cu adulții împlinesc conștiința de sine, structurându-se strategii adaptative existențiale care integrează normele morale și deontice comunitare și profesionale.

Ontogeneza psihismului, prin structurarea progresivă a conștiinței de sine și a celei centrate pe persoanele din jur, permite judecăți evaluative în raport cu sine și cu alții, care se consolidează treptat și joacă un rol decisiv în conturarea unor dimensiuni ale personalității individuale. Prin urmare, psihismul în dezvoltare întâlnește progresiv atribute care vor aparține, în timp, personalității, privită ca un ansamblu

de dimensiuni cognitiv-afective și volitiv-atitudele conștientizate care asigură adaptarea armonioasă la condițiile mediului ambiant.

Vârsta la care personalitatea este maturizată, deci vârsta încheierii personogenezei a fost și rămâne un teritoriu al interferenței opiniilor. După APA (1994), diagnosticul de „tulburare de personalitate” nu se poate folosi înainte de vârsta de 18 ani, exceptând TP antisocială care poate fi formulat începând cu vârsta de 15 ani, dacă există confirmarea unor tulburări de comportament cu durată de cel puțin un an de zile. Așadar, personalitatea normală se consideră a fi matură începând cu această vârstă.

Din perspectivă psihodinamică, structurarea personalității are loc în copilărie până la vârsta de 3 ani (Sapir, 1934). Freud, citat de Anna Freud (1936), susține că, după compensarea complexului oedipian la vârsta de 5 ani, sunt complet dezvoltate sinele, eul și supraeul. Cu toate acestea, unii neopsihanaliști dizidenți susțin că personogeneza continuă și după vârsta menționată (Erikson, 1950; Loevinger, 1966). Sunt de menționat reperele psihosociale dominante ale celor opt etape, descrise de Erikson, ale vieții umane. Acestea integrează opt variante de sentimente pozitive: speranță, voință, scop, competență, fidelitate, dragoste, grijă față de ceilalți și înțelepciune. Lor le corespund anumite atribute ale formării identității, dintre care cităm: perspectiva temporală, siguranța de sine, experimentarea și fixarea rolului, instruirea profesională, conștiința de sine, polarizarea sexuală, atitudinea față de responsabilități și față de valorile existențiale. În această ordine, ele pot caracteriza perioada nașterii, cea a vârstei până la 18 luni, prima copilărie, a doua copilărie, pubertatea și adolescența, vârsta adultului tânăr, a celui matur (la aproximativ 40 de ani) și perioada vieții din jurul vârstei de 60 de ani.

Un studiu longitudinal al lui Block (1993) pledează pentru faptul că autocontrolul și flexibilitatea eului se structurează în paralel de la 3 ani până la 23 de ani. Vaillant (1976) susține că mecanismele de

defensă continuă să evolueze și după vârsta de 25 de ani. Astfel, altruismul și sublimația se dublează ca intensitate între 20 și 35 de ani. Bloom (1984) plasează maturizarea definitivă a personalității la vârsta de 20 de ani, corespunzător stabilizării nivelului de autocontrol, dar admite și modificări minore ulterioare la vârsta adultă.

Maturitatea presupune sentimentul autenticității și libertății individuale, deschiderea spre experiență, responsabilitatea în roluri și capacitatea de control a raportului dintre nevoile personale și nivelul lor de împlinire. Sanford (1982) arată că, deși capacitatea de control a impulsurilor este structurată în adolescență, eul este matur doar în al treilea deceniu de viață. Prefigurând teoria lui Neugarten (1968), același autor nu face o delimitare a etapelor personogenezei și definește maturitatea corespunzător contextului social și cultural.

Costa și McCrae (1988), inspirați de James (1890), consideră personalitatea matură la aproximativ 30 de ani, la ambele sexe. Ca urmare, și diferențele interindividuale sunt fixate la, aproximativ, această vârstă. Stabilitatea trăsăturilor personalității crește odată cu vârsta, pentru că la o vârstă tânără există o multitudine de evenimente de viață care însoțesc achizițiile adaptative ale personalității și care, în timp, devin strategii adaptative personale. De asemenea, cresc nivelul autopercepției și autocunoașterii, cu ignorarea evenimentelor de viață ne semnificative. În același timp, efectul influențelor socio-culturale scade odată cu vârsta. Astfel, copilul face achiziții complexe, adultul coalescează stabilitatea și flexibilitatea, iar vârstnicul participă la un management al declinului (Baltes, 1997).

Dimensiuni precum extroversiunea, farmecul, deschiderea spirituală se modifică și tardiv, în roluri existențiale valorizante, de succes. Nevroticismul și chiar extroversiunea scad odată cu vârsta; conștiințiozitatea și farmecul, în schimb, se accentuează (Field și Miusap, 1991).

În dinamica personalității, au continuitate performanțele intelectuale, modelul celor cinci factori, în primul rând extroversiunea și stima de

sine, dar și satisfacțiile vieții în această ordine descrescătoare. Trăsăturile temperamentale, precum evitarea suferinței și dependența de recompensă, predominant moștenite sunt cele mai rezistente la schimbare (Tesser, 1993). Există și reacții de feedback din mediu care influențează stabilitatea trăsăturilor. Aceasta e influențată de apartenența la un grup social cu interese și preocupări comune. Astfel, dacă avem un scop în viață, ne alegem partenerii cu aceleași concepții, care ne cresc motivațiile. În mișcarea lor de emancipare, femeile și-au căutat soți liberali și au cultivat prietenii asortative. Stabilitatea trăsăturilor personalității este condiționată genetic și cognitiv, prin intermediul imaginii sinelui, dar și prin consecințele acțiunilor de fiecare zi, iar la acest nivel se poate face diferențierea personalității normale de personalitatea patologică.

Și în cazul personalităților patologice se pot descrie raporturi asemănătoare. Astfel, sociabilitatea, impulsivitatea, cunoașterea noului și modalitățile de manifestare a instinctului sexual sunt relativ stabile în timp, din copilărie până la vârsta adultă, în cazul TP antisocială. Pe de altă parte, copiii cu trăsături anxios-evitante părăsesc mai târziu familia parentală și se integrează tardiv în familie și societate. Alternează mereu două interogații: „În ce măsură firea umană mai poate fi influențată prin educație sau terapie?” și „Cât de durabile pot fi aceste influențe?”.

Procesul de metamorfoză a personalității pare să ajungă la un platou în jurul vârstei de 50 de ani, dar, în același timp, natura experiențelor existențiale este congruentă trăsăturilor personalității și confirmă diferențele interindividuale în al patrulea deceniu de viață. Nu în ultimul rând, o personalitate matură este și rezultanta influențelor culturale, a căror bogăție și continuitate conferă altitudine firii umane.

În același timp, întâmplarea sau succesul într-un rol al vieții ne pot releva vulnerabilități structurale sau confirma dizabilități relaționale. Dar aceasta este esența farmecului ființei umane, aflată într-o permanentă devenire și regăsire de sine.

3.3. Personogeneza patologică

O stare de echilibru nu este posibilă decât prin coexistența contrariilor. Astfel, personalitățile normale și cele patologice coexistă și nu le găsim niciodată în stare pură, tocmai datorită dinamicii și complexității structurale a ființei umane. Ele se diferențiază totuși pe terenul conștiinței și al voinței.

Trăsăturile, deci dimensiunile personalității normale sunt greu de delimitat de cele ale personalităților patologice (Costa și Widiger, 2001; Livesley *et al.*, 1993; Siever și Davis, 1991). Ele diferă doar cantitativ de la nivelul normalității caracteriale spre cel al tulburărilor de personalitate și cel al bolilor Axei I (Livesley, 2003; Paris, 2003; Kendel și Jablensky, 2003). Doar la un anumit nivel de reprezentare dimensiunile structurale individuale devin maladaptative, în sensul favorizării perturbărilor psihismului și ale comportamentului în roluri. Dificultățile de evaluare a acestor raporturi fac astfel ca o treime dintre cei cu tulburări de personalitate diagnosticabile categorial să nu întrunească criteriile specifice nici unui tip personopatic, rămânând TP-NOS (Not Otherwise Specified) (Loranger, 1994). Astfel, dominantele structurale aparțin astăzi mai multor modele dimensionale.

Pentru structurarea dimensională a personalității pledează și faptul că există indivizi care nu întrunesc criteriile tulburărilor de personalitate după clasificările categoriale, dar care au mari dificultăți adaptative și evidente trăsături care-i deosebesc de cei din jur. Există, pe filiera conștiinței de sine, o mereu reconfirmată contribuție personologică a intelectului și a introspecției. Astfel, un individ preocupat de computere – cu trăsături de tip evitant –, imatur afectiv și relațional, în sens dimensional, nu este clasificabil categorial.

Orice trăsătură dizarmonică reprezintă – ca semnificație – o negare a unui atribut al firescului, deci al umanului, care înseamnă și cunoaștere, și afirmare de sine. Faptul că există personalități

normale și tulburări de personalitate rezultă din însăși modul de a fi al lumii, în sensul că totul are un rost, iar durata existenței persoanei conștiente – de sine și de lume – este limitată; de aceea, individul aspiră mereu la altceva, la o altă realitate, nelimitată. Astfel, împlinirea destinului personal coincide cu sfârșitul ființării sale.

Limitele impuse de ordinea realității obiective pot fi acceptate, ocolite sau negate de către om, care se „răzvrătește” și se structurează patologic pentru a se putea adapta sau pentru a-și păstra identitatea. Adaptarea la rolurile vieții este un proces activ (monitorizat de conștiință și voință) sau unul pasiv (cum ar fi, de exemplu, adaptarea într-un rol potrivit cu aptitudinile personale). În plan subiectiv, ființa umană este deci permanent neliniștită, ambivalentă și metabolizează diferit și individualizat conflictul dintre „ceea ce este” și „ceea ce aspiră să fie”. Rezultă un deficit adaptativ conjunctural sau tranzitoriu, dar și unul care, prin persistența lui, definește tulburarea de personalitate.

Structurarea patologică a personalității asociază trei repere: factori eredo-constituționali, experiențele și particularitățile copilăriei și raporturile și factorii sociali.

Factorii eredo-constituționali pot fi descriși pornind de la contribuția lui Galen (*apud* Derksen, 1995), care consideră dispoziția ca pe o rezultată a interferențelor dintre sânge, bila galbenă, bila neagră și limfă. Mulți autori au încercat să stabilească legăturile dintre atributele biologice ale ființei umane și caracter, dar și față de simptomele bolilor Axei I (Lofhlin, 1992; Saudino și Plomin, 1997; Nigg și Goldsmith, 1998).

Siever și Davis (1991) consideră ca relevante în structura personalităților dimensiunile cognitive, depresivă, anxioasă și impulsivă, ca repere ce pot avea rol dezvoltant sau adjuvant în personogeneza patologică și care sunt integrabile unui model psihobiologic. Această categorie de factori reprezintă o sursă de continuitate, nu de schimbare,

și fundamentează temperamentul individual. Influența lor a fost stabilită prin studii pe gemeni și copii adoptați. Cel mai intens studiate au fost extroversiunea și nevroticismul din modelul celor cinci factori, reprezentate aproximativ în aceeași proporție la gemeni: extroversiunea – 60%; nevroticismul – 50%. Tot studiile pe gemeni confirmă faptul că zâmbetul este condiționat social, nu genetic. Celelalte trei dimensiuni din modelul celor cinci factori se regăsesc în proporții de 20-40%. Studiile pe adopții arată o influență mai mică a factorilor genetici (Plomin, 1997).

Asemănările dintre gemeni sunt total condiționate genetic, iar deosebirea dintre ei sunt condiționate sociocultural. Factorii genetici arată deci „ce este”, și nu „ce va fi”, fapt ce subliniază rolul important al factorilor de mediu, care – în concepția actuală – integrează și perioada perinatală și reprezintă, în ansamblu, 50% din influențele personogenetice. După Falconer și Mackay (1996), mediul integrează și factorii prenatali, calitățile nutriției și stările malade materne.

Influențele genético-familiale, alături de cele biologice, condiționează calitățile parentale – inclusiv capacitățile de investiție parentală diferențiată (Sulloway, 1998; Rowe, 1981) –, dar și felul în care copiii și adolescenții își privesc părinții. Se consideră că familia parentală influențează în mult mai mare măsură comportamentul adolescenților decât mediul social largit (Pike *et al.*, 1996).

Există semnificative condiționări genetice ale comportamentului față de congeneri și al celui din mediul profesional și social, ale atitudinii față de droguri și ale reacțiilor față de nou și de psihotraume. S-a confirmat și corelația pozitivă dintre calitatea afecțiunii parentale și nivelul de extroversiune a copiilor. Astfel, părinții tind să adopte copii provenind de la mame biologice hiperactive și impulsive, copii față de care însă nu se pot atașa afectiv.

Contribuția personogenetică propriu-zisă a eredității nu presupune faptul că ar exista gene care predetermină trăsături ale personalității,

ci asocieri de gene care modulează aceste trăsături, contribuția genelor izolate fiind de o extremă variabilitate.

Este cunoscut rolul dopaminei în patologia personalității și în tulburările psihopatologice, deci și rolul probabil al celor cinci gene corespunzătoare receptorilor dopaminergici. În 1996, s-a stabilit legătura dintre receptorul dopaminergic D-4 și dimensiunea căutării noului. Există deci diferențe genetice în transmisia dopaminergică (Cloninger *et al.*, 1996; Hamer și Copeland, 1998). Căutarea noului presupune hiperexcitabilitate, impulsivitate, curiozitate, extravaganță, nerăbdare. Aceste atribute au nivele diferite de reprezentare la vârste diferite, corespunzător contribuției cantitative a receptorului D-4. Dar D-4 se raportează nu doar la această dimensiune, ci și la ADHD, la atacurile de panică, depresiile majore, sindromul Gilles de la Tourette și la dependența de opioide și nicotină. Sunt în curs de desfășurare și studii cu implicarea ADN-ului în personogeneză (Owen *et al.*, 1997).

Influențele genetice asupra personogenezii sunt confirmate și de situația copiilor cu o activitate crescută a receptorului D-4, care vor avea experiențe de viață stresante, pentru că părinții lor, la care căutarea noului manifestă un nivel crescut, îi neglijează. Din același motiv, ei vor fi lăsați să facă lucruri deosebite, șocante uneori, și își vor cultiva căutarea noului la un nivel crescut, deci o dimensiune din spectrul antisocialității. Cu toate acestea, nu există gene „bune” și „rele”, pentru că un D-4 crescut e dezavantajat în patogenia alcoolismului, dar este util în manifestarea creativității.

În ansamblu, genele condiționează variabilitatea dimensională și temperamentală, deci, indirect, și vulnerabilitatea pentru tulburări psihopatologice (Paris, 1999). Corespunzător modelului stress-dia-teză (Monroe și Simons, 1991), variabilitatea genetică influențează răspunsurile individului la mediu, care, la rândul său, condiționează expresivitatea genetică.

Factorii genetici influențează atât dezvoltarea trăsăturilor personalității, cât și a simptomatologiei bolilor Axei I. Astfel, rudele de gradul I ale pacienților cu tulburări de personalitate de cluster A au dezvoltat o patologie din spectrul schizofreniilor (Siever și Davis, 1991). Cele ale pacienților cu tulburări de personalitate de cluster B au dezvoltat tulburări de factură impulsivă (Zanarini, 1993) sau afectivă (Siever și Davis, 1991). Rudele pacienților cu tulburări de personalitate de cluster C sunt predispuse la tulburări din spectrul anxietății (Paris, 1997). Sunt cunoscuți, de asemenea, unii *marker*-i biologici comuni tulburărilor de personalitate și tulburărilor psihopatologice corespunzătoare Axei I. Astfel, în tulburările de personalitate de cluster A sunt descrise mișcări anormale ale globilor oculari, ca și în schizofrenii (Siever și Davis, 1991). La tulburările de personalitate de cluster B – TP antisocială, cu precădere –, apar anormalități ale cortexului prefrontal, precum scăderea masei substanței cenușii corelabilă cu impulsivitatea (Raine, 2000). În același context, la pacienții cu TP antisocială și TP de tip borderline sunt descrise deficiențe ale funcțiilor executive (O’Leary, 2000).

Experiențele și particularitățile copilăriei au o contribuție descrisă de toate școlile psihopatologice în structurarea tulburărilor de personalitate. Astfel, personalitatea părinților și starea lor de sănătate influențează atenția diferită acordată copiilor, la fel ca și durata prezenței părinților alături de copii. Disfuncționalitatea rolului parental, cu părinți agresivi și instabili, favorizează apariția unor trăsături de tip antisocial sau borderline prin comportamentul abuziv sau neglijent.

Vârsta la care copilul e dezavantajat de experiențele de viață negative are, la rândul ei, un rol decisiv. Cu cât vârsta copilului e mai mică, efectul acestor influențe parentale sau de mediu cresc, prefigurându-se trăsături dizarmonice din clusterul A și B, mai puțin C. Este alterată structura eului care coalizează imaginea de sine și imaginea lumii.

Paris (1994) și Zanarini (2000) descriu rolul psihotraumelor copilăriei în structurarea TP de tip borderline, alături de atașamentul distorsionat de expunerea la evenimentele de viață negative (Fonagy, 1995). Sechelele personopatie apar doar la copiii cu o anumită vulnerabilitate temperamentală, datele fiind deci diferite între loturile studiate în clinică și cele provenite din comunitate (Malinowsky și Hansen, 1993 ; Rind și Tromofovitch, 1997). Psihotraumele singulare pot avea un efect cumulativ în dinamica structurilor dizarmonice ale personalității. Copiii internalizează și relațiile cu părinții, a căror conduită o vor imita la vârsta adultă. Sunt cunoscute, de asemenea, și trăirile și fanteziile personale, cultivate de logosul și ethosul colectiv, care pot denatura imaginea de sine, raporturile cu adulții și valorile lor existențiale.

Raporturile și factorii sociali. Raporturile dintre factorii socio-culturali și dezvoltarea personalității, respectiv dinamica ei în rolurile vieții trebuie evaluate prin prisma interferențelor etiologice. Astfel, structura personalității poate fi rezultanta dominantă a mediului sociocultural sau acesta primește atribute particulare sub influența trăsăturilor temperamental-caracteriale individuale, care pot fi adaptative sau maladaptative (Weiss, 1993 ; Kiesler, 1996). În condițiile unei vulnerabilități biologice preexistente sau a intervenției unor factori sociali defavorizanți, se creează cadrul unei personogeneze deviante, deși, uneori, influențele socioculturale sunt minime sau greu accesibile (Alarcon, 1998 ; Benjamin, 1999). În procesul socializării, comportamentele spontane și naive sunt modelate de norme comunitare și se apropie treptat de expectațiile sau stilul congenerilor și al adulților cu care se stabilesc contacte mai frecvente sau condițiile unor mai persistente legături interpersonale (Guisinger și Blatt, 1994).

Astfel, copiii stau tot mai puțin cu părinții și sunt complet dezorientați în privința profesiilor și programului de activitate al acestora. Mamele, din acest punct de vedere, nu se mai deosebesc

de tați. Devin tot mai rare momentele în care familia e în întregime împreună, ca și cele ocazionate de diverse obiceiuri și tradiții culturale. Apar situații abuzive, viața familială se dezorganizează, mulți copii ajung să fie crescuți de un singur părinte sau să medieze relațiile între doi părinți care, prin orice mijloace, încearcă să le câștige loialitatea și sentimentele. Are loc reducerea nucleului familiilor, care ajung să fie formate adesea dintr-un adult și un copil, fapt ce defavorizează echilibrul afectiv și accentuează izolarea și marginalizarea socială.

Tânăra generație vine mereu în contact cu modele și norme comportamentale extrem de diferite, care îi presează și îi dezorientează. Nu mai sunt internalizate modelele parentale clasice, în sens profesional sau sexual, iar fluctuațiile structurii familiei îi fac să caute satisfacții de tipul „aici și acum” – care par mai la îndemână decât un viitor nesigur. La 18 ani, un tânăr a petrecut deja mai mult timp la TV decât cu prietenii sau cu părinții. Deficiențele în cunoașterea adevăratelor valori și norme comunitare accentuează receptivitatea față de modele intens idealizate de la TV, iar oferta de alcool și droguri cultivă un fals hedonism. Nu mai există nici substituenții părinților atât de ocupați (bunici, mătuși, frați mai mari), iar dragostea a pierdut mult teren, pentru că familiile se modernizează și se izolează în ritmurile accelerate ale cotidianului. Rolul corectiv al Bisericii a scăzut mult.

Se conturează manifestări repetate de tip borderline și devine evidentă receptivitatea marcată față de modelele comportamentale deviante din jur sau față de cele oferite prin mass-media. Neînțelegerile părinților îi obligă pe copii să internalizeze în mod repetat atitudini și emoții contradictorii, care le adâncesc vulnerabilitatea. Pe de altă parte, mass-media oferă eșantioane și modele existențiale pline de contraste și promovează un hedonism facil și un fals gust pentru frumos.

Orele petrecute în fața TV și a computerului le depășesc cu mult pe cele acordate școlii sau celorlați membrii ai familiei, care, de altfel, s-au demonetizat ca modele. Ingredientele de spectacol și de distracție

puse la dispoziție sunt expresia instabilității sociale și a anarhiei axiologice. Devine evidentă existența unei „mame tehnologice”, care include televiziunea, sistemele video, „Nintendo” și walkman. Se cultivă individualismul, astfel că, din primii ani, copiii vor să sublinieze deosebiriile dintre ei și ceilalți.

Oferta educațională – jocuri, cultivarea aptitudinilor artistice, sportive – suprasolicită copiii, dar aduc satisfacții eului parental. Eul real e suprasolicitat, se îndepărtează tot mai mult de cel ideal, oferit de mass-media (supraoameni), și nu de părinți și tradiții. Sunt favorizate structurări narcisice ale personalității cu sentimente false de omnipotență. Astfel, culturile „Nintendo” le depășesc cu mult pe cele sportive sau bibliotecile.

Copiii și tinerii problematici din societatea occidentală contemporană devin niște rebeli fără cauză, fiind, de cele mai multe ori, incapabili să transmită un mesaj ferm și să câștige adepți. Aceasta pentru că marile scopuri existențiale colective, care animau tineretul de altădată, au dispărut într-o societate dominată de armonia abundenței și de varietatea fațetelor oportunistului. Discrepanțele dintre nivelurile de trai ale diverselor categorii sociale fac ca tinerii din cele defavorizate să trăiască nenumărate frustrări și să dezvolte – lipsiți de motivații non-biologice și indiferenți la normele comunitare – comportamente de factură antisocială. Familiile disfuncționale și modelele de viață negative printre congeneri sunt factorii majori ai acestui fenomen (Robins *et al.*, 1991).

Dezvoltarea eului și a sinelui implică, începând cu a doua copilărie, și mediul extrafamilial. Educația revine și unor persoane străine de familie. În societățile primitive, educația în familie era suficientă pentru pregătirea pentru viața în roluri. Astăzi, în societatea modernă, complexitatea social-economică impune mijloace suplimentare, de o mare diversitate și specificitate. La început, au prioritate achizițiile practice și tehnice și sunt cultivate cu precădere aptitudinile motorii și senzoriale. Noua generație crește cu TV-ul și computerul, nu cu cei

din jur. Sunt cultivate trăsăturile de tip borderline, antisociale și narcisice și, de asemenea, crește frecvența tulburărilor psihosomatice și somatoforme, pentru că distorsiunile psihologice se răsfrâng asupra corpului. Odată cu vârsta, sentimentele de inferioritate și insecuritate crescută copleșesc personalitatea în formare cu stimuli care îi provoacă mereu flexibilitatea (Pervin, 1996). Cultura este întoarsă spre exteriorul personalității, fiind adeseori o corabie fără pânze și ancoră, creatoare de emoții superficiale de tip *show*, care caută doar stimuli noi și satisfacții facile.

Copiii nu mai ajung să simtă acel adevăr fundamental care îi făcea să se retragă într-un loc plăcut și protejant. Se dezvoltă treptat mecanisme adaptative centrate pe nesiguranță și teamă în raporturile sociale, iar individualizarea apelează cu precădere la resurse agresive care vizează mesajul imediat și afirmarea rapidă.

În Orient, individul este educat să țină cont de opinia și dorințele celorlalți, dar și de vechile tradiții comunitare. Astfel, primele impresii matinale ar putea fi formulate după cum urmează: în Japonia – „Ce bine arăți astăzi!”, iar în SUA „Ce bine arăți astăzi!” (Bond, 1994).

Elemente cu rol adaptativ sau maladaptativ important sunt și apartenența etnică, religioasă și limba vorbită (Witzig, 1998; Pinderhughes, 1989; Lukoff, 1995). Mediul urban aglomerat și cu un nivel socio-economic deficitar atrage din mediul rural indivizi cu dificultăți adaptative. Condițiile social-economice precare întrețin un sentiment permanent de insecuritate, favorizează comportamente manipulative, abuzive și agresive, mistifică lumea valorilor individuale.

Statutul economic scăzut este, la rândul său, o sursă de deprivare și respingere, care poate favoriza tendințe de izolare și evitare a anturajului sau comportamente abuzive, agresive. Apare astfel cadrul unor structurări dizarmonice de tip antisocial, schizoid, schizotipal, paranoid sau evitant (Paris, 1996).

Nivelul economic mediu și ridicat corespunde unei hipersocializări anxiogene, prin cultivarea discrepanțelor dintre aspirații și

împlinirea lor, precum și prin necesitatea estompării sentimentelor de autoculpabilitate legate de risipă. La acestea se poate adăuga inabilitatea de a se conforma expectațiilor parentale. Ca urmare, se instalează stări anxioase, depresive, de autoculpabilizare, dar și comportamente teatrale sau arogante, care pot prefigura trăsături de cluster C, mult estompate de nișa ecologică, în societățile orientale, și de cluster B, cu precădere în cele occidentale (Kagan, 1994; Paris, 1997). În cazul lor se confirmă o continuitate intergenerațională scăzută, coeziune socială scăzută, roluri sociale instabile și sumar definite (Millon, 2000; Paris, 1996). Viața social-economică e dominată de pragmatism și mai puțin de ideologii stabile.

Industrializarea rapidă, urbanizarea, nivelul ridicat de tehnologizare, mobilitatea populațională, care include și fenomenul imigrației, alături de diversitatea și calitatea mijloacelor de informație și de comunicare au determinat erodarea vechilor tradiții și norme comunitare.

Relațiile interpersonale de factură individualistă scad interesul pentru trecut, pentru tradițional și afectează eul ale cărui rădăcini lipsesc. Motivațiile relaționale sunt de factură narcisică. Astfel, partenerii sunt aleși pentru că satisfac nevoile personale și conferă un sentiment de siguranță. Relația cu partenerul condiționează stima de sine și conflictul dintre eul real și cel ideal pe care îl potențează, declanșând agresivitatea între parteneri. Astfel, bărbaților care își aleg soții mult mai tinere le crește stima de sine și trăiesc emoții superficiale care influențează creșterea și maturizarea copiilor al căror eu suferă ulterior în planul imaginii de sine și al independenței.

Standardele contradictorii existențiale întrețin anarhia valorilor și accentuează diferențele dintre diversele categorii sociale. Raporturile interpersonale se degradează și devin dominante variantele lor maladaptative, alături de false modele de reușită în viață (Nireștean, 2006).

Sunt importante doar autoconservarea, autovalorizarea, performanța și câștigul. Se trăiește doar în prezent, evitându-se sau igno-

rându-se experiențele dezavantajante. Viitorul e important doar pentru a economisi și a putea cumpăra. „Cumpăr, deci exist!” reprezintă sloganul individualist al eului gol.

Are loc o redimensionare a personalității la un nivel inferior, corespunzător vârstei copilăriei (5-12 ani), cu relații interpersonale superficiale, de scurtă durată – *out of sight, out of mind* – reacții impulsive, optimism inconstant motivat, apelare interpersonală pe numele mic. Se mănâncă tot mai mult la McDonald's sau Kentucky Fried Chicken și lumea se distrează necondiționat în Disneyland. Adeseori, strategiile cognitiv-comportamentale sunt dominate de manifestări afective și instinctuale. Valorile personalității, ale *ego*-ului rămân atașate acestui sector și se îndepărtează de conștientizarea unui ideal spiritual (Shweder, 1991).

Super-ego-ul individual pierde mult teren în favoarea unui *super-ego* comunitar, foarte sever, cu norme și legi stricte. Ca urmare, scade și mai mult responsabilitatea individuală. Rolul diminuat al *super-ego*-ului individual influențează caracteristicile personale la adult. Acești adulți imaturi așteaptă, la rândul lor, „părinții comunitari” acea autoritate anonimă care coalizează știința, tehnica, religia și bunul-simț comunitar.

Cultura occidentală nu a reușit să producă una sau mai multe ideologii care să corespundă creșterii economice și hiperindividualismului. Normele tradiționale ale liberalismului, confesionalismului și socialismului au dispărut aproape total. Individualitatea se reduce la *egoism*, iar identitatea la *narcisism*. Dezordinea ideologică a determinat apariția de cluburi, fundații, asociații care să dezvolte sentimentul de apartenență și securitate al individului (McCrae și Costa, 1997).

Un asemenea cadru social nu este creator de personalități patologice, dar este sursa constantă de modele de conduită deviantă, care amprentează negativ raportarea personalităților în formare la principalele valori existențiale.

Există un consens asupra faptului că tulburările de personalitate pot fi înțelese prin prisma relațiilor interpersonale și a raporturilor sociale care declanșează și întrețin particularități cognitive, afective și comportamentale maladadaptative. Caracterul lor neconștientizat, parțial conștientizat și rigid provoacă reacții de feedback din mediu, care întrețin atributele structurale dizarmonice. Astfel, trăsăturile de serie evitantă se autoîntrețin, deoarece sugerează anturajului rejecție sau indiferență. Trăsăturile de tip *borderline* primesc din mediu mesaje ambigue, lipsite de rigoare și de profunzime. Aceasta în pofida faptului că reacțiile comunității sociale ar trebui să fie compensatorii, restructuratorii și empaticе, iar instituțiile sociale ar trebui să stimuleze și să stabilizeze prin cultură supraeul individual. Diagnosticul de tulburare de personalitate trebuie să includă și variantele subculturale, pentru că particularitățile diferitelor culturi pot facilita, masca sau estompa trăsăturile patologice ale individului. Ele pot oferi – prin studii epidemiologice elaborate – o varietate de factori de risc, care pot fi abordați din perioada personogenezei precoce, prin intermediul familiei, a membrilor rețelei primare de suport și a rețelei de psihiatrie comunitară.

Capitolul 4

Tulburările de personalitate. Date istorice

Istoria lumii – altfel spus, acea înșiruire de descrieri mediate temporal a biografiilor individuale și a evenimentelor comunitare marcante – a reliefat mereu intoleranța față de persoanele cu tulburări psihice și comportamentale, corespunzător ignorării cunoașterii sau recunoașterii lor. Adeseori manifestările psihopatologice se raportează direct sau indirect la dimensiunile temperamentale și caracteriale, mai mult sau mai puțin intens exprimate și conștientizate. Ele sunt mai rezistente la tratament în cazul prezenței unor structuri dizarmonice ale personalității sau își modifică expresivitatea clinică. Astfel, personalitățile cu trăsături accentuate sau dizarmonice – deși privite cu rezervă și adeseori marginalizate social – pot reprezenta extrapolări ale momentului istoric în natura ființei umane.

La rândul ei, ontogeneza persoanei umane scoate în evidență diferențele interindividuale – de la cele dominant biologice până la cele morale și axiologice –, care sunt într-o măsură semnificativă condiționate social-istoric.

Nu în ultimă instanță, personalitățile patologice coalizează atribute definatorii comune, prezente, de altfel, și la personalitățile armonios structurate. Astfel, ele sunt simultan un ansamblu de însușiri care afișează, într-o măsură mai mare sau mai mică, masca aparențelor, sunt implicate în diverse tipuri de relații și roluri existențiale și sunt,

mai mult sau mai puțin, eficiente și performante în acestea. Toate aceste atribute poartă amprenta reperelor socioculturale și istorice.

Dacă istoria omenirii consemnează și descrie, încă din Antichitate, diverse variante de tulburări psihopatologice, acestea, la rândul lor, integrează sau fac trimiteri la atributele firii umane și la structurile sale dizarmonice, exteriorizate prin tulburări de comportament și adaptare. Cunoașterea lor devine o condiție fundamentală a percepției și înțelegerii evenimentelor istorice, a căror dinamică sau alternanță a fost și este mereu mediată personologic.

Diversele episoade și boli psihice – mai mult sau mai puțin înțelese sau tolerate – au impresionat dintotdeauna omenirea. La fel s-a întâmplat și cu manifestările comportamentale patologice independente sau racordabile structurii personalității. Bineînțeles că plasarea și descrierea lor în ordine cronologică este imposibilă, din cauza atributelor lor dominante și a absenței unor metodologii descriptive transculturale.

Primele abordări recunoscute ca atare ale domeniului personopatiilor pot fi legate de perioada apariției scrisului ca modalitate de exprimare și comunicare (Perry și Vaillant, 1985). Se consideră că Hipocrate a fost cel care a postulat existența a patru mari umori ale corpului uman (bila galbenă, respectiv neagră, limfa și sângele), care au fost corelate cu cele patru elemente constituente ale lumii și cu cele patru anotimpuri: focul/vara, pământul/toamna, apa/iarna și aerul/primăvara. Prezența lor în exces determină dezvoltarea a patru tipuri temperamentale corespondente: coleric, melancolic, flegmatic și sangvinic. Umorile descrise conferă temperamentului – deci și personalității – atributele unei structuri dimensionale. Aceasta pentru că firea umană integrează mai multe subvariante, cărora le sunt caracteristice nivele diferite de reprezentare a substanțelor respective. Nu există deci tipuri pure, ci doar intermediare. Pe acest teren, s-au dezvoltat ulterior complexe raporturi și intercondiționări dintre trăsăturile și tipurile personologice, dintr-o perspectivă dimensională,

dar și categorială în psihologie și psihopatologie. Termenul *tip*, derivat din *typus* (Abbagnano, 1961, *apud* Berrios, 1996), însemna inițial „semn” sau „impresie”, fiind definit de Platon ca un model sau o asociere de trăsături. Galennces a introdus cuvântul în limbajul medical, iar Huarte și La Bruyere (*apud* Berrios, 1996), îl folosesc pentru a desemna atributele comportamentale individuale ce pot fi diferențiate și recunoscute social.

Teofrast, elev al lui Aristotel (Adlington, 1925), este primul autor care face, în secolul al IV-lea î.Ch., o descriere sistematică a 30 de tipuri personologice într-o manieră diferită decât a altor descrieri ale anormalității tipologice. Sunt surprinse cu finețe manifestările comportamentale deviate, relevându-se caracterul lor imoral, precum și trăirile afective și atributele relațional-adaptative corespondente. Tablourile caracteriale prezentate, deși asociază trăsături și simptome psihopatologice, au o deosebită acuratețe și prin reliefașarea rolului adaptativ sau maladaptativ al unor repere în funcție de context. Astfel, flecarul, înfumuratul, grosolanul, zgârcitul, brutalul, neîncrezătorul sunt printre cele mai bine conturate. De fiecare dată este evidentă raportarea la dinamica și valorile sociale, depășindu-se astfel cadrul strict medical.

Descrierea firii umane nu a fost doar apanajul medicilor și filosofilor din bazinul Mării Mediterane. Astfel, au rămas descrise, în același context, atributele definitorii și, simultan, delimitante ale întâzierilor mintale, bolilor psihice și personalităților cu trăsături patologice din cultura celtă (Robins, 1986).

De asemenea, pe teritoriul Pakistanului de astăzi, medicul indian Karaka a descris, în secolul al II-lea î.Ch., în mod detaliat, 16 tipuri personologice, dintre care nouă pot fi încadrate în patologia modernă a personalității (Rao, 1975).

Raymundus Lullus (1232-1315) filosof, poet și alchimist catalan, supranumit „Iluminatul”, în *Doctrine d'enfant*, face remarci pertinente asupra formării caracterului.

În Evul Mediu, patologia mentală era explicată prin teoria demoniacă a bolilor, iar teologii supraevaluau subversiunea diavolului.

Jerôme Cardan (1501-1576), medic și matematician, a avut o viață furtunoasă, unul dintre fiii săi fiind executat ca asasin. El a descris *imoralitatea* ca o boală cu două forme a spiritului: *vercorders* (sau *perverșii necinstiți*) și *perfides*, care sunt necinstiți nu prin natura lor, ci prin accidente existențiale – pasiuni, nenorociri, sărăcie.

Thomas Sydenham, medic englez cu studii la Oxford și Montpellier (1624-1689), a făcut cercetări asupra isteriei, isteria bărbatului identificând-o cu *hipochondria*. Discutând simptomele isterice care imită paralizii, afecțiuni abdominale etc., autorul recunoaște câteva trăsături de personalitate ale acestor pacienți, precum capriciozitatea, instabilitatea și tendința către manifestări pasionale.

După Franz Joseph Gall (1750-1828) și colaboratorul său Johann Spurzheim (1776-1832) activitatea mărită a unei funcții caracteristice oricărei activități fizice sau mentale determină o hipertrofie a zonei corespunzătoare din creier, care împinge oasele craniului provocând o „bosă”, o „umflătură” la nivelul acelei părți din craniu. Astfel, există o „bosă” pentru „literatură”, una pentru „comerț”, lipsa exercitării funcției sau diminuarea ei determinând „înfundarea”, turtirea craniului în locul corespunzător din creier. Această pseudoștiință s-a numit „frenologie”, iar metoda utilizată, „cranioscopie” (din grecescul *phren* = „inteligentă”, *logos* = „știință”). Concomitent cu evidențierea inteligenței și aptitudinilor necesare unei meserii, frenologia pretindea că poate descifra prin cranioscopie și caracterele umane.

Frenologia a stat la originea tezelor lui Cesare Lombroso (1835-1900), medic și criminolog italian, refritoare la criminalul înăscut. În această situație, după Lombroso, criminalul nu mai era atât de vinovat pe cât era de bolnav încă de la naștere. Aceasta pentru că în comportamentul său erau evidențiabile de timpuriu labilitatea afectivă, manifestările impulsive și absența empatiei. La

acestea, Gouster (*apud* Millon *et al.*, 1998) adaugă conduitele manipulative dominante în relațiile interpersonale și tendința de a obține satisfacții și plăceri imediate în mod necondiționat.

În aceeași filosofie a predeterminării caracterului se situează și Johann Caspar Lavater (1741-1801), filosof, poet și teolog protestant elvețian, care a dezvoltat *fiziognomonie* – o orientare cu pretenții de știință, care susține că poate aprecia caracterul omului după fizionomia sa.

Treptat, s-au conturat și au fost descrise diferite entități nosologice psihiatrice însoțite de tulburări de comportament, mai mult sau mai puțin manifeste. Atunci când suferințele provocate anturajului primeau atributele agresivității și criminalității, cazurile erau abordate medico-legal (Walker, 1968).

Printre primele instanțe care au diferențiat comportamentul criminal secundar psihozelor de cel corespunzător unor structurări patologice ale personalității se situează cele din Marea Britanie (Porter, 1987). Generozitatea juriilor care acceptau invocarea nebuniei în cazul unor acte criminale în vederea evitării sau comutării pedepsei a fost întreruptă în 1760. Invocând antecedentele familiale psihotice, dar și opinia medicului curant, lordul Ferrer – autor al unei crime în care victima a fost un administrator – a pledat nevinovat în fața Camerei Lorzilor. Motivul principal era incapacitatea de a discerne între actele morale și cele imorale. De această dată, juriul nu a mai acceptat comportamentul imoral ca o formă sau o variantă a nebuniei, iar criminalul a fost condamnat la spânzurătoare (Walker, 1968).

La sfârșitul secolului al XVIII-lea, sentimentul libertății și al drepturilor individuale era în plină afirmare. Francezul Philip Pinel, psihiatru la Bicêtre, a rămas în istorie ca eliberator al condamnaților cu tulburări psihice, care erau ținuți în condiții de temniță. El a observat cu deosebită atenție cazuistica și particularitățile faptelor incriminatorii și a descris „mania fără delir” ca entitate integratoare a comportamentului imoral și criminal în absența unor fenomene

psihotice cunoscute, precum halucinațiile sau ideile delirante. Începând cu Pinel, s-a instaurat convingerea că omul poate fi anormal (maniac), fără a fi nebun, cu delir (Pinel, 1962).

În aceeași perioadă, inițiative morale asemănătoare au avut Chiaruggi, în Italia, și Tuke, în Anglia.

Se conturau, la începutul secolului al XIX-lea, în întreaga lume, tot mai multe argumente care pledau pentru diferențierea dintre tulburările de personalitate și cele psihotice. Ambele fuseseră până atunci invocate în vederea exonerării de răspundere a autorilor diferitelor acte antisociale.

Între 1824 și 1827, medicul danez Carl Otto, cunosător al condițiilor de detenție din închisori și adept al frenologiei, a propus utilizarea examinărilor de factură frenologică pentru diagnosticarea bolnavilor mintali ce urmau să fie supuși unor expertize judiciare. Tot de inspirație frenologică este și o surprinzător de modernă descriere a caracterului psihopatic. Acesta este dominat de incapacitatea de a-și controla pulsionile, alături de hedonism, și apelează constant la viclenie și ipocrizie pentru a-și atinge scopurile egoiste, ignorând așteptările celor din jur pe care îi consideră în mod necondiționat victime (Otto, *apud* Millon *et al.*, 1998).

Medicul englez James Prichard, depășind neutralitatea morală a lui Pinel, a adoptat o atitudine transparentă, potrivit căreia caracteristicile reprezintă defecte structurale condamnabile în orice context de către societate. Pacienții vizați, defectivi moral (*moral insanity*), au fost descriși ca fiind lipsiți de simțul dreptății, de bunătate și înțelegere empatică și de responsabilitate. Lor le este proprie pervertirea vieții afective, a impulsurilor și a atributelor morale, în absența deficitului intelectual sau a vreunei boli psihice (Prichard, *apud* Millon *et al.*, 1998).

Conceptul de *moral insanity* a fost mereu confirmat după 1930 ca diagnostic psihiatric și reprezintă nucleul psihopatiei din nosografiile actuale.

Tot la începutul secolului al XIX-lea, în America, Benjamin Rush descria indivizii structural ȳresponsabili, dar, ȳ același timp, lucizi, al cȳror comportament era constant direcȳionat pentru a-ȳ afecta pe cei din jur (Rush, 1962).

La mijlocul secolului al XIX-lea, francezul Morel (*apud* Millon *et al.*, 1998) elaboreazȳ o clasificare ierarhicȳ a maladiilor psihice, pe șase nivele. Primul nivel corespunde personalitȳților cu trȳsȳturi accentuate care se pot decompensa sub influenȳa factorilor de mediu, fȳrȳ a ajunge ȳnsȳ la manifestȳri psihotice. Cel de-al doilea nivel include personalitȳțile patologice ale cȳror atribute dominante – moștenite ereditar – pot favoriza tulburȳri de comportament de o imoralitate extremȳ. De remarcat cȳ nivelul al șaselea aparȳține demenȳelor, indiferent de etiologia lor. Morel este considerat pȳrintele teoriei degenerescenȳei, care s-a constituit ȳntr-o sursȳ majorȳ de inspiraȳie pentru teoriile etiopatogenetice ulterioare ȳn personologie. „Nebunia degeneraȳilor”, descrisȳ de autor, reprezintȳ o variantȳ primarȳ a personalitȳților psihopaticice.

ȳn aceeași perioadȳ, Briquet (*apud* Millon *et al.*, 1998) descrie un tablou clinic foarte asemȳnȳtor tulburȳrii de personalitate histrionice, deși ȳl raporteazȳ etiologic la o disfuncȳie a sistemului nervos. ȳn 1868, Maudsley relevȳ caracterul cvasipatognomic al sugestibilitȳții, superficialitȳții și suprasemnificȳrii conȳinuturilor cognitive și afective ȳn cazul personalitȳților patologice. Abordȳnd conceptul de *moral insanity*, care are ca substrat o degenerescenȳ neuronalȳ, el considerȳ indivizii respectivi ca fiind incapabili sȳ-ȳ ȳnsușeascȳ și sȳ utilizeze valorile morale, dar abili ȳn a-ȳ ascunde viciul structural ȳn funcȳie de context. Stigmatizaȳi antropologic, psihopaȳii afișeazȳ și manifestȳri clinice episodice afective și instinctuale, care ȳnsȳ sunt net dominate de comportamentul antisocial. ȳn nici una dintre variante ei nu pot fi derogaȳi de responsabilitȳ. Contactul cu legea este plauzibil mai ales cȳnd aparȳin unor pȳturi social-economice sȳrace sau dezavantajate.

Tulburȳrile de personalitate tind treptat sȳ fie privite – ȳn sensul lui Morel – ca expresii ale unor procese degenerative ale sistemului nervos de naturȳ constituȳional-ereditarȳ. Aceasta corespunde și conceptului de *inferioritate psihopaticȳ* introdus de Koch (1891), care pȳrea cȳ ȳl va ȳnlocui pe cel de *moral insanity*. Koch integreazȳ *inferioritȳții psihopaticice* o gamȳ largȳ de condiȳii maladive psihiatrice, doar ȳntr-o micȳ mȳsurȳ termenul fiind raportabil la personalitȳțile patologice de tip antisocial și borderline. ȳn același cadru se situeazȳ și caracterele „inferioare”, selectate dintre delicvenȳi și descrise de Babinski și Ceciott, citaȳi de Gorgos (1989). Oricum, atributul de *inferioritate* relevȳ abaterea de la normȳ și pȳstreazȳ legȳtura cu defectul moral descris de Pritchard.

ȳntre 1867 și 1882 Kraft-Ebing descrie o structurȳ psihologicȳ dominatȳ de cruzime și introduce ȳn vocabularul medical termenii de *sadism* și *masochism* (Kraft-Ebing, 1935 ; 1937). ȳn concepȳia autorului, comportamentele impulsiv-agresive, care sunt total dezangajate moral și vizeazȳ devalorizarea și umilirea partenerilor, sunt expresia pulsuniilor sexuale deviante și apanajul – cu precȳdere – al sexului masculin. Severitatea manifestȳrilor este ȳn directȳ concordanȳȳ cu prezenȳa unor trȳsȳturi de serie psihopaticȳ.

Schrenck-Notzing (*apud* Millon *et al.*, 1998) comenteazȳ termenul de *sado-masochism* și ȳi integreazȳ *algolagnia* sau plȳcereea provocatȳ de durere. Descrierea ei a fost completatȳ și nuanȳatȳ, ȳn 1898, de cȳtre Ellis (1939), devenind cu adevȳrat popularȳ. Sadismul și masochismul sunt descrise nu ca fiind autogonice, ci integrabile unui continuum care poate deveni un mesaj al dragostei.

La sfȳrșitul secolului al XIX-lea și ȳnceputului secolului XX, Kraepelin (1905) reliefeazȳ caracterul congenital al constituȳiei psihopaticice și dezvoltȳ conceptul de *inferioritate psihopaticȳ* introdus de Koch. Acesta devine generic pentru toate structurile dizarmonice ale personalitȳții, inclusiv pentru variantele paranoicȳ, antisocialȳ și hipocondriacȳ, comentate de același autor. ȳntre 1904 și 1915,

psihiatrul și nosologul german descrie patru structuri personopatică dominate de minciuna patologică și escrocherie, comportament criminal impulsiv sau elaborat și vagabondaj. Ele se regăsesc și astăzi în portretele psihologice ale personalităților antisociale. Același autor subliniază deficitul afectiv și volitiv al personalităților patologice, precocitatea tulburărilor de comportament și relativa lor stabilitate pe parcursul vieții.

În Danemarca, Pontoppidan (1895) a fost preocupat de detaliile antropometrice ale indivizilor cu comportament antisocial manifest și a subliniat, pe de altă parte, rolul precipitant al evenimentelor vieții sociale (Lange, 1904). Gyldendal descrie, la rândul său, substratul degenerativ al structurărilor dizarmonice ale personalității și lipsa capacităților reflexive, de conștientizare a limitelor personale. Reliefând prognosticul nefavorabil al comportamentelor dizarmonice, autorul are meritul de a fi menționat că nu în toate cazurile acestea contravin normelor și legilor comunitare.

Evenimentele traumatizante din anii primului război mondial au favorizat cunoașterea și înțelegerea psihiatrică, îndeosebi a manifestărilor psihocomportamentale corelabile diversității structurilor personologice și a condițiilor lor de comorbiditate. S-au conturat primele descrieri ale tulburării de stres posttraumatic, raportate la vulnerabilitatea conferită de structurările dizarmonice ale personalității și de evenimentele de viață (Smith, 1916).

În aceeași perioadă, Kretschmer (1922) și Schneider (1928) elaborează primele clasificări ale tulburărilor de personalitate, apelând la metoda descriptivă a cazuisticii. Schneider a integrat toate personalitățile patologice termenului de *psihopat* și a lansat o definiție a acestuia, care a fost mereu revalidată de personalități și de realitatea clinică: „Personalitățile psihopatică sunt acele personalități anormal structurate, care, corespunzător dizarmoniei lor structurale, suferă și reprezintă o sursă de suferință și pentru societate”.

Cele 10 subtipuri de personalități patologice studiate de psihiatrul german rămân modele de profunzime și acuratețe descriptivă: psihopatul hipertim, depresiv, nesigur de sine, fanatic, cu stimă de sine scăzută, instabil, exploziv, răutăcios, apatic și astenic. Autorul le consideră nu entități diagnostice, ci „moduri de a fi”, deci variante dezvoltate ale firii umane. Contribuția lui Schneider se extinde și asupra comportamentelor agresiv-criminale, care nu întotdeauna pot fi asociate impulsivității și explozivității, ci pot fi și apanajul altor structuri personopate. În ansamblul lor, acestea ignoră cognitiv și emoțional normele morale, deși le cunosc și le pot înțelege. Inspirat de Schneider, Kahn (*apud* Berrios, 1998) definește personalitățile psihopatică ca insuficiente cantitativ în planul impulsurilor, al temperamentului și caracterului. În aceeași ani, Kretschmer a descris raporturile dintre biotipurile picnic și astenic, respectiv dintre boala bipolară și schizofrenie. El este autorul unei punți de legătură între normalitate și psihoză prin secvența persoană normală – patologie – psihoză: schizotim – schizoid – schizofrenie; ciclotim – cicloid – psihoză maniaco-depresivă. De asemenea, a descris caracterul ca pe o structură ce coalizează reacțiile afective și volitive individuale. Cunoașterea lor – în condiționare reciprocă și interdependență cu variabilele sangvine – ar putea oferi repere predictive pentru tulburările psihopatologice. Jaspers (1896) a adus o contribuție decisivă la diferențierea dintre personalitățile normale și cele patologice. Ultimele includeau și tulburări de adaptare, dar și sindroame de serie nevrotică, fiind subîmpărțite în două categorii. Prima integrează personalități cu trăsături patologice ce reprezintă variantele extreme ale atributelor personalității normale, iar cea de-a doua cuprinde acele structuri personopatică care se dezvoltă progresiv, dar dizarmonic sub influența unor elemente biografice șocante, a unor factori organo-lezionali cerebrali. Deschiderea concepției jaspersiene apare ca evidentă.

În aceeași ani, școala psihiatrică americană a readus în prim-plan studiul tulburărilor de personalitate, încercând, la rândul ei, sistematizări

și rezolvări de controverse nosografice. Partridge (1930) a clasificat tulburările de personalitate în trei categorii. Prima include structuri individuale nesigure, depresive, astenice și cu evident deficit volitiv, fiind dominată de bizar ca atribut generic. Celei de-a doua îi aparțin personalitățile egocentrice cu trăsături paranoice, explozive, iritabile. În cea de-a treia grupă sunt incluse – după criteriile morale – personalitățile caracterizate prin comportament criminal – mincinoși, escroci, vagabonzi și perversi sexual. Și datorită acestei viziuni, autorii implicați în studiul tulburărilor de personalitate s-au împărțit în două tabere: cei care încercau o cât mai netă delimitare a domeniului și cei cu o viziune mai extinsă, ce apelau și la alte repere, cum ar fi cele organice, psihodinamice sau sociomorale.

Astfel, pornind de la opinia majorității psihiatrilor din țările anglo-saxone, Henderson (1939) descrie psihopatia ca pe un echivalent al personalităților antisociale, pe care le subîmparte în: predominant agresive, pasive și creative. În cea de-a treia categorie este plasat Lawrence al Arabiei, care era capabil să citească în întregime ziarul *London Times* de la vârsta de 5 ani. În acest caz, compartimentul psihopatic era considerat expresia imaturității afective, condiționată organic. Astfel, studiile electroencefalografice făcute pe loturi de psihopați cu grave manifestări antisociale au arătat, în cazul a 65% dintre ei, unde lente theta în zonele temporale, unde specifice copiilor, și nu vârstei adulte. Personalitățile psihopatice descrise de Henderson reprezintă terenul pe care pot apărea și evolua tulburările nevrotice și psihozele.

Freud (1925), părintele psihanalizei, consideră acțiunile antisociale ca pe niște modalități de recăștigare a echilibrului psihic și a stimei de sine, corespunzător atributului lor generic de *interzis*.

Aichorn (1925) abordează și fundalul biografic al delincvenților și reliefează legătura dintre caracterul indulgent sau dominator al educației și insuficiența *super-ego*-ului care explică impulsivitatea și dorința de a obține succese și gratificații rapide. Abraham (1927)

este de acord cu autorul precedent atunci când descrie condițiile favorizante ale structurării personalităților patologice narcisice, respectiv antisociale. Prima este rezultatul supraestimărilor și răsfațului din copilărie care induc o nevoie de dragoste ce nu poate fi niciodată satisfăcută. Cea de-a doua are ca repere predictive lipsa de căldură sufletească și insuficiența dragostei materne, care generează ostilitate și reacții disforice. În același context, Reich (1925) descrie „caracterul impulsiv” al cărui *super-ego* este deficitar în controlul nevoilor biologice și al raporturilor comportamentale spontane, neelaborate.

Această structură personologică contrastează cu cea descrisă de Alexander (1930). Aceasta, deși are condiționări etiologice și repere patogenetice comune cu nevrozele, este perceput ca *ego-sinton*. Faptul îl face, în opinia lui Reich, rezistent la intervențiile psihoterapeutice. În aceeași măsură, el este și o sursă mereu reconfirmată de dependență și insecuritate în relațiile interpersonale (Horney, 1939; Fromm, 1942). Ca urmare, caracterul nevrotic devine – în opinia autorului amintit – un element predictiv pentru personalitatea psihopatică, în cazul căreia ostilitatea nu este un atribut al vieții interioare, ci este orientată spre lumea din jur. De altfel, Alexander (1935) a elaborat și o ierarhie a entităților maladive, care include în ordinea crescândă a gravității: nevrozele, caracterul nevrotic, psihozele și criminalitatea propriu-zisă. În ultima sa lucrare, *The Moods of Crime* (1935), este reliefat faptul că manifestările antisociale sunt o rezultată a interferențelor dintre predispozițiile constituționale, procesele intrapsihice, respectiv evenimentele și raporturile sociale. În același context, structurarea personalității psihopatice este considerată ca tributară dominanței principiului plăcerii (după Friedlander, 1945) sau principiului puterii, al succesului, al omnipotenței (conform lui Eissler, 1949). Acestea favorizează dezvoltarea, la vârsta tinereții, a neîncrederii și egosimului, a superficialității și invidiei, a tendinței de a trăi emoții intense și de a obține câștiguri facile (Fromm, 1942; Horney, 1939).

Psihologia eului va continua să influențeze descrierea și sistematizarea tulburărilor de personalitate, îndeosebi pe terenul conduitelor iraționale și imprezvizibile. Personalitățile narcisice, de tip borderline și pasiv-agresive sunt printre cele care beneficiază în cea mai mare măsură de această perspectivă.

Diversitatea contribuțiilor personologice de factură organică și psihodinamică este îmbogățită însă de apelul tot mai evident la reperate morale și deontice. Astfel, în perioada celui de-al doilea război mondial, Curran și Mallinson (1944) constată că nu există încă un consens în lumea psihiatrică asupra unui segment important de populație cu trăsături și comportamente neobișnuite și care nu suferă de nici una din bolile psihice cunoscute și diagnosticate până atunci. Ei concluzionează că *personalitatea psihopatică* s-a consacrat ca termen utilizat pentru a evita o judecată morală sau se substituie unei entități maladive de etiologie incertă. Termenul a fost rapid adoptat de justiție, iar termenului generic de *tulburări psihopatice* i s-a adăugat o conotație subiectivă. Astfel Legea Sănătății Mintale, adoptată în 1959 în Marea Britanie, folosește formula pentru a justifica internările nevoluntare.

Pacienții cu personalități psihopatice sunt dominați de un comportament adeseori agresiv și/sau iresponsabil, care invocă întotdeauna intervenția terapeutică. Această descriere sugerează totuși faptul că orice bolnav psihic agresiv sau lipsit de discernământ poate fi integrat psihopatiilor. Situația descrisă a deschis calea diversificării strategiilor terapeutice în cadrul cărora au început să aibă o pondere tot mai semnificativă psihoterapiile, dar și metodele de îngrijire și reabilitare psihosocială.

În SUA, Cleckley (1941), McCord și McCord (1964) au contribuit, la rândul lor, la aprofundarea problematicii psihopatiilor, pe care le-au alăturat – în sens nosografic – depresiilor și schizofreniilor. Cleckley a introdus ca și echivalent al psihopatiei conceptul de *demență semantică*, care desemnează discordanța dintre gândire și

comportament. Același autor descrie trăsăturile fundamentale ale personalității psihopatice: incapacitatea de a se atașa, impulsivitatea, tendința de a învinovăți pe alții, afectivitatea superficială, farmecul aparent și incapacitatea de a învăța din experiență. De asemenea, este subliniat faptul că psihopații nu se găsesc doar în închisori, ci și în cele mai respectabile posturi și instituții sociale. Adeseori, trăsăturile antisociale pot fi mascate de succesul în rolurile profesionale sau de pozițiile în ierarhiile comunitare.

Stürup (1968) elaborează, la Herstedvester – în Danemarca –, strategii terapeutice adresate personalităților psihopatice bazate pe cultivarea stimei de sine și a responsabilității diferitelor acțiuni. El apelează la psihoterapii de grup, dar și la intervenții de tip comunitar, care asociază și persoane sau instituții laice.

În 1972, Bursten descrie personalitățile psihopatice ca fiind disprețuitoare și manipulative în relațiile interpersonale. Fromm (1973) studiază comportamentul sadic non-sexual și atașează atributelor psihopatice dorința de a controla total viața celor din jur și abilitatea de a le provoca dureri „psihice” mai intense și mai traumatizante decât cele fizice.

O contribuție calitativă aparte în descrierile personalităților psihopatice o aduce Shapiro (1965), care analizează o serie de dimensiuni cognitive, precum spontaneitatea și deficitul elaborărilor, coresponsător cărora primul răspuns la un stimul nu este supus proceselor integrative, identificându-se cu răspunsul final. În același context, Millon (1989) descrie personalitatea antisocială ca activ-independentă, acceptând preferința pentru soluții rapide și pentru situații riscante. Kernberg (1983) face o ierarhizare a personalităților patologice în ansamblu, în funcție de gravitate, pentru aprecierea căreia un criteriu major este responsivitatea terapeutică. Din acest punct de vedere, personalitatea antisocială ocupă o poziție avansată. Ei i se asociază și narcisicul „malign”, care, pe lângă atributele narcisice, integrează și imoralitatea antisocialului, o agresivitate direcționată spre cei din

jur și spre sine – care poate culmina în acte automutilante sau suicid, ca expresie a anarhiei axiologice și morale –, precum și trăsături paranoice accentuate. În același cadru, Beck și Freeman (1990) descriu stilul dominator-manipulativ și egosintonia personalităților patologice care aplică necondiționat în viață propriile convingeri. Mijloacele folosite pot diferi în funcție de contextul social și de nivelul intelectual și educațional (Benjamin, 1974).

Benjamin (1993) analizează atributele antisocialității, reliefând nevoia de independență, autoritarismul și detașarea emoțională din raporturile interpersonale.

Continuând contribuția lui Cleckley, Hare (1986) elaborează „Psychopathic Checklist” (PCL) și forma revizuită (PCL-R), un interviu structurat elaborat pentru personalitățile psihopatică. Deși are o valoare predictivă deosebită și este larg utilizat în psihiatria judiciară, scorurile sale înalte confirmă simultan pericolozitatea pacienților respectivi și potențialul recidivant.

Dezvoltarea conceptului de *personalitate patologică* a parcurs, în a doua jumătate a secolului XX, o etapă a ambiguităților terminologice, corespunzătoare noțiunilor de *temperament*, *caracter* și *personalitate*. Acestea au fost utilizate în mod substitutiv, dar primele două au rămas reperele structurale dominante ale personalității.

Trăsăturile temperamentale sunt considerate ca fiind cu precădere moștenite, deci genetic condiționate, deși există puține studii în acest sens. Ele au o semnificativă stabilitate în timp și constituie terenul pe care, ulterior, se structurează componenta caracterială a personalității (Buss și Plomin, 1975).

Cloninger (1975), Loranger *et al.* (1982), Guze *et al.* (1986), pornind de la studii familiale efectuate în SUA, au constatat că îndeosebi personalitățile patologice de tip antisocial, histrionic și borderline au cu mai mare probabilitate o condiționare ereditară. Ea rămâne oricum semnificativ mai scăzută decât pentru alte entități nosologice psihiatrice (Schulsinger, 1972).

Sintetizând experiența personală de psihiatru pediatru și rezultatele mai multor studii asupra temperamentului la copii, Rutter (1987) evidențiază faptul că la copiii cu trăsături temperamentale dezavantajante apar în perioada pubertății și adolescenței tulburări de comportament care antrenează criticismul și ostilitatea părinților. Personalitatea – după același autor – integrează strategii cognitive, afective, motivaționale și abilități relaționale care sunt dependente de predispozițiile temperamentale. În cazul personalităților patologice, devin persistente și obiectivabile comportamentul doar componentele maladaptative.

În același context, Graham și Stevenson (1987) consideră că atributele temperamentale care induc tulburări de comportament sunt, la vârsta copilăriei, asimilabile unor episoade maladive. Pe de altă parte, în structurarea unei personalități patologice, pe lângă trăsăturile dominante moștenite, intervine o diversitate de factori ambientali.

Se conturează astfel concluzia că personalitatea normală reunește trăsături temperamentale și caracteriale cu rol adaptativ obiectivabil, iar în cazul personalităților patologice atributele structurale moștenite sau dobândite în procesul educațional și de socializare devin maladaptative.

În 1993, Cloninger, Svrakic și Pryzbeck completează modelul biosocial al lui Cloninger din 1987 cu factorii caracteriali. Modelul amintit, al celor trei dimensiuni temperamentale (căutarea noului, evitarea suferinței și dependența de recompensă), raportează aceste dimensiuni la trei neuromediatori: dopamină, serotonină și noradrenalină. Astfel, personalitățile patologice devin variante extreme sau dezechilibrat structurate ale acestor dimensiuni și ale combinațiilor lor. Cloninger a elaborat un instrument – Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) – de evaluare a acestor dimensiuni și a identificat opt tipologii personologice patologice: antisocială, histrionică, pasiv-agresivă, pasiv-dependență, explozivă, obsesivă, schizoidă și ciclotimică. Trăsăturile caracteriale au fost adăugate corespunzător faptului

că studiile care au aplicat sistemul tridimensional nu au avut o relevanță diagnostică așteptată. Astfel, perseverența, simțul responsabilității, sociabilitatea și deschiderea spirituală au devenit reperatele caracteriale semnificative ale modelului celor șapte factori, mult mai eficient și mai apreciat în personologia zilelor noastre.

În Clasificarea Internațională a Bolilor Psihice (ICD, din 1987) s-a încercat introducerea categoriei personalităților accentuate, la care s-a renunțat ulterior. Conceptul își are originile în formulările lui Morel, citat de Tyrer, și ale lui Leonhard (1968). Primul a susținut că persoanele cu predispoziții temperamentale de serie nevrotică pot să se decompenseze psihopatologic sub influența unor factori de mediu, care, în alte condiții, ar fi inofensivi. Curran și Mallinson au descris, tot din aceeași perspectivă, personalitățile vulnerabile sau cu trăsături accentuate pe care le-au situat într-o poziție intermediară între personalitățile normale și cele patologice. Leonhard a fost însă autorul care a reconsiderat conceptul de *personalitate accentuată*. Acesta desemnează acele structuri personologice care se pot adapta în medii favorabile, dar care se decompensează în condiții solicitate sau stresante, spre deosebire de personalitățile patologice care se pot decompensa în orice situație. Autorul german postulează astfel un continuum între personalitățile normale, accentuate și patologice fără o netă delimitare între ele. Cu toate acestea, conceptul de *personalitate cu trăsături accentuate de un anumit tip sau mixte* – respectiv, cel mai uzitat astăzi, de *personalitate dificilă* – favorizează definirea mai riguroasă a tulburărilor de personalitate, adăugând deficitului adaptativ persistent și atributul de *contextualitate*.

Sistemul DSM – elaborat de Asociația Psihiatrică Americană – situează tulburările de personalitate pe o altă axă diagnostică, independentă de celelalte sectoare nosologice psihiatrice. Faptul se datorează persistenței unei opinii diferențiate, în pofida contribuției lui Kraepelin, Kretschmer și Cleckley. Ea a fost fundamentată pe

conceptul de *moral insanity* al lui Prichard, care postula faptul că pacienții respectivi nu au tulburări de judecată sau alte simptome psihopatologice majore. De asemenea, tulburările de comportament care le caracterizează debutează în adolescență și durează toată viața. Definiția psihopatiilor din ICD-8 mai subliniază și faptul că personalitatea este anormal structurată prin prisma raporturilor dintre componentele sale și a modalităților de expresie. Datorită acestei particularități, individul respectiv suferă, reprezentând o sursă de suferință și pentru cei din jur. Cu vârsta, intensitatea componentei dizarmonice se poate diminua.

Distincția dintre tulburările de personalitate și alte tulburări psihopatologice rămâne încă oarecum arbitrară, având în vedere intercondiționările etiologice și patoplastice reciproce. Faptul este susținut și de dispariția ciclotimiei și a personalității patologice afective din DSM-II și ICD-9, entități personologice din spectrul bolilor afective. O situație contrară au avut-o tulburările de personalitate inter- și postprocesuale și sindromul de stres posttraumatic cronicizat.

Cu toate acestea, independent de poziția lor în sistemele diagnostice multiaxiale, tulburările de personalitate își reconfirmă mereu postura de teren al condiționărilor etiologice, al dezbaterilor diagnostice, al reperelor prognostice și al dinamicii responsivității terapeutice în psihopatologie și în clinica psihiatrică.

PARTEA A II-A

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE
DIN PERSPECTIVA
CLINICII PSIHIATRICE

Capitolul 5

Descriere clinică generală

5.1. Particularități nosologico-nosografice ale tulburărilor de personalitate

Personalitatea umană reprezintă simultan un concept și o structură multidimensională care integrează componente condiționate biologic, psihologic, social și spiritual. De aici derivă și complexitatea contribuției sale în procesul de cunoaștere psihiatrică și, într-un sens mai extins, antropologică.

Pornind de la aceste repere, personologia autentică (Stern, 1936) nu se poate rezuma la a reduce persoana la determinanții săi și postulează necesitatea formulării teoriilor asupra personalității normale și patologice, conform unor studii riguroase și extensive. Acestea trebuie să aibă ca repere existența activă și specificitatea stilului fiecărui individ, precum și sistemul de scopuri aferente (scopuri proprii, suprapersonale și abstracte) echivalente ale idealurilor. În același cadru, Murray (1938) subliniază condiționarea reciprocă dintre personalitate și psihismul individual, pe terenul interferențelor motivaționale interne și ambientale.

Atât în varianta sa normală, cât și în cele patologice, personalitatea reprezintă componenta obligatorie a terenului pe care se instalează diversele tulburări psihopatologice. Evoluția acestora este,

de asemenea, favorizată, agravată sau nuanțată de dominantele structurale ale personalității. Ele se regăsesc și în formulele moderne ale diagnosticului psihiatric și influențează evident calitatea strategiilor și relațiilor terapeutice.

În genere, personalitatea umană este rezultatul unui îndelungat proces de selecție naturală în baza căruia devin stabile și dominante acele trăsături individuale care contribuie în cel mai înalt grad la supraviețuirea speciei (în cazul nostru a speciei umane), deci și la adaptabilitatea, eficiența și creativitatea individuală în rolurile vieții. Faptul că unele dintre aceste trăsături – mai mult sau mai puțin dezvoltate – devin maladaptative și perturbatoare ale integrității structurale a persoanei și ale integrabilității sale comunitare pledează pentru apartenența lor la natura umană, precum și pentru complexitatea și unicitatea acesteia.

Caracteristica generică a personalității normale – de a se constitui într-o structură integrată și integrativă a secvențelor transversale și sincrone individuale – se regăsește și la personalitățile patologice și poate fi raportată la același fundal numit *durată* (Nireștean, 1995). O personalitate dizarmonică presupune însă asocierea unor trăsături autodezavantajante, care, din cauza stabilității lor în timp și a particularității de a nu fi conștientizate de către individ, sunt inductoare ale unui comportament maladaptativ persistent. Acestea reprezintă atributele de bază ale tulburărilor de personalitate și devin sursa unei diversități extreme a formelor de manifestare a suferinței personale, dar și colective.

Astfel privite, structurile dizarmonice ale personalității se constituie, din punct de vedere medico-psihiatric, într-o categorie nosologică aparte, dominată de un deficit comportamental și adaptativ precoce și persistent, care viciază raporturile cu sine și cu lumea. Deficitul este ego-sinton și cultivă un stil egocentric, care devine manifest adeseori prin intervenția unor factori declanșatori inaparenți, greu de decelat. Dificultățile adaptative pot fi, de asemenea, mascate

de un nivel intelectual și cultural superior, de toleranța anturajului, precum și de particularitățile rolurilor sociale și profesionale. Deficitul de adaptare și eficiența în roluri ale personalității patologice sunt rezistente însă la mijloacele educative primitive și la diversele strategii terapeutice și reabilitative. Acest atribut este corelabil hipotrofiei și dezechilibrului structural al componentei personalității descrise de psihanaliză ca supraeu și care coalizează norme, reglementări și valori morale viciate. Ele întrețin egoismul și non-empatia în raporturile interpersonale și favorizează cronicizarea tulburărilor adaptative, în concordanță cu dezvoltarea progresivă a convingerii conform căreia mesajele, discursul și atitudinea persoanelor din jur sunt lipsite de autenticitate, interesate sau ostile.

Societatea are anumite cerințe și expectații corespunzătoare indivizilor, iar aceștia, la rândul lor, au diferite dorințe și nevoi. Ele se pot împlini doar în cadrul creat de diversitatea raporturilor interpersonale, dar pot rămâne un deziderat și, în același timp, o sursă de frustrare atunci când aceste raporturi sunt disfuncționale sau când resursele personale sunt insuficiente. Ambele condiții reprezintă apanajul tulburărilor de personalitate, a căror constantă existențială integrează o dependență tensionantă, anxiogenă, față de anturajul social, conduite manipulative sau ostil-dominatoare și ignorarea detașată a celor din jur.

Aceste particularități comportamentale pot fi uneori doar consecința disfuncționalității grupului social a cărei contribuție personopatică trebuie raportată la reperele demografice individuale și la nivelul de asumare responsabilă a experiențelor biografice dezavantajante. Atributele individualismului promovat de sociocultura modernă occidentală sunt și ele extrapolate în structura diverselor categorii tipologice personologice.

Tulburările de personalitate au fost descrise și comentate de-a lungul timpului în cele mai importante sisteme nosologico-nosografice psihiatrice internaționale (Oldham, 2005). Ele au fost privite

ca un continuum al personalității normale, dar și ca un domeniu complet distinct (Lewis și Appleby, 1988). În același context, personalitățile patologice sunt considerate de unii autori drept neclasificabile, iar de către alții, un teritoriu cu atribute de unicat ce integrează diferențele și asemănările interindividuale. Astfel, Kraepelin (1904), Bleuler (1924) și Kretschmer (1926) au descris tipuri temperamentale sau structuri personologice de tip astenic, schizoid, ciclotimic sau cicloid, ce reprezentau stări precursoare sau forme atenuate ale psihozelor schizofrenice sau afective. Pe de altă parte, Schneider (1923) a descris o categorie de personalități psihopatice complet distincte de celelalte tulburări psihopatologice.

Aceste descrieri clasice, deși au fost estompate timp de decenii de orientarea psihanalitică și de școlile postpsihanalitice, au devenit fundamentul clasificărilor categoriale moderne. Trebuie amintite contribuțiile lui Freud, Alexander și, mai recent, ale lui Otto Kernberg. Ele au sugerat ideea dezvoltării etapizate și parțial predeterminate a diferitelor tipuri de personalități patologice, reliefând diferențierile necesare și obligatorii față de nevroze a căror simptomatologie este de factură egodistoncică. Prin elaborarea conceptului de *nivel de organizare structurală a personalității* a fost posibilă o primă clasificare ierarhică a tulburărilor de personalitate, având ca extreme personalitatea de tip borderline – cel mai deficitar structurată – și cea obsesiv-compulsivă cu un înalt nivel de organizare.

În congruență cu varietatea comentariilor de factură nosologică, trebuie subliniată importanța demersului diagnostic și a criteriilor folosite. Aceasta deoarece psihiatri – chiar beneficiind de calea din urmă – sunt adeseori dubitativi în formulările diagnostice. La acestea se adaugă și controversa dintre importanța contribuției psihopatologice și maladaptative a factorilor situaționali, raportată la aceea a trăsăturilor personalității (Mischel, 1986).

Argumentul major în favoarea definirii și delimitării tulburărilor de personalitate rămâne faptul că atributele structurale individuale,

deci variabilele personale, domină în majoritatea experiențelor vieții comportamentul și condiționează relațiile cu cei din jur și funcționarea în roluri a persoanei. În același cadru trebuie menționat faptul că definiția categorială actuală a tulburărilor de personalitate nu este întru totul aplicabilă fiecărui subtip personopat (Pfohl *et al.*, 1986; Tyrer *et al.*, 1988; Flick *et al.*, 1993). Afirmția este cel mai bine confirmată în cazul tulburărilor de personalitate de cluster B. La toate acestea se adaugă și prezența unor condiții comorbide care conferă o și mai mare complexitate diagnosticului și încercărilor de clasificare a tulburărilor de personalitate (Tyrer, 1993).

Majoritatea clinicienilor preferă o sistematizare categorială a tulburărilor de personalitate, cu deosebire după dezvoltarea conceptului de psihopatie și corespunzător încercărilor de management aferente domeniului. În acest context și în pofida apelului la interviuri structurate și semistructurate, cota de subiectivism a diagnosticului rămâne semnificativă (Dolan și Coid, 1993). Se explică astfel de ce tulburările de personalitate sunt relativ deficitar prezentate în raport cu restul entităților psihopatologice în orice sistem diagnostic (Sartorius *et al.*, 1993). Totuși, trecerea în revistă a acestora din urmă confirmă, sub o formă sau alta, importanța acordată modificărilor de comportament și personalitate. Astfel, dacă în DSM-I (1952) erau prezentate tulburări de dezvoltare sau trăsături patologice în structura personalității, în DSM-III (1980) apar descrise pentru prima dată tulburările de personalitate subdivizate în cele trei clustere (Skodol, 1997). În mod asemănător, și ICD-10 este mult mai cuprinzător decât ICD-9. Astfel, deși ciclotimia este cuprinsă în grupul tulburărilor afective, tulburările de personalitate și de comportament la adult integrează și jocul de noroc patologic, piromania și cleptomania, precum și o mai mare diversitate de tulburări ale instinctului sexual, diferențiate și delimitate cu acuratețe.

Comparativ, în cele două sisteme diagnostice categoriale, criteriile de diagnostic ale tulburărilor de personalitate apar după cum urmează :

Tabelul 5.1. Tulburări specifice de personalitate : DSM-IV vs ICD-10

	DSM-IV	ICD-10
Criteriile de diagnostic pentru o tulburare de personalitate	<p>A. Un pattern durabil de experiență internă și de comportament care deviază considerabil de la cerințele culturii individului. Acest pattern se manifestă în două (sau mai multe) din următoarele domenii :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. cunoaștere (adică modurile de a se percepe și interpreta pe sine, alte persoane și evenimentele) ; 2. afectivitate (altfel spus, gama, intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsului emoțional) ; 3. funcționare interpersonală ; 4. controlul impulsului. <p>B. Patternul durabil este inflexibil și pervaziv în raport cu o gamă largă de situații personale și sociale.</p> <p>C. Patternul durabil duce la o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.</p> <p>D. Patternul este stabil și de lungă durată, iar debutul său poate fi trasat retrospectiv, cel puțin până în adolescență sau la începutul perioadei adulte.</p>	<p>Situațiile care nu pot fi atribuite unor distrugerii cerebrale masive, unei boli cerebrale sau unei tulburări psihiatrice și care îndeplinesc următoarele criterii :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) atitudinii și comportament marcat dizarmonice, implicând, de obicei, mai multe arii de funcționare, ca, de exemplu : afectivitatea, agitația, controlul impulsurilor, modurile de percepere și gândire și stilul de relaționare cu ceilalți ; b) patternul (modelul) de comportament anormal este durabil, constând în episoade prelungite și nelimitate de boala psihică ; c) comportamentul anormal este implicat în mod clar într-o gamă largă de situații personale și sociale ; d) manifestările mai sus menționate apar în copilărie sau adolescență și continuă în viața adultă ; e) tulburarea duce la un disconfort subiectiv, dar acest lucru poate deveni evident numai târziu în cursul evoluției ; f) tulburarea este, de obicei (dar nu întotdeauna), asociată cu probleme semnificative în performanța profesională și socială.

	DSM-IV	ICD-10
	<p>E. Patternul durabil nu este explicat mai bine ca manifestare sau consecință a unei alte tulburări mentale.</p> <p>F. Patternul durabil nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de exemplu un drog, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale (de exemplu traumatism cranian).</p>	<p>Pentru anumite culturi este necesară crearea unor seturi diferite de criterii, ținând cont de normele, regulile și obligațiile sociale din cultura respectivă. Pentru diagnostic, multe dintre subtipurile de mai jos necesită prezența clară și dovedită a cel puțin trei dintre caracteristicile (trăsăturile) de comportament din descrierea clinică.</p>

	301.0 Tulburarea de personalitate paranoidă	F 60.0 Tulburare paranoidă de personalitate
TP parano- idă	<p>A. O neîncredere și suspiciune pervazivă față de alții, astfel că intențiile acestora sunt interpretate ca răuvoitoare, începând precoce în perioada adultă și prezente într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. suspectează, fără o bază suficientă, că alții îl (o) exploatează, prejudiciază sau înșală ; 2. este preocupat(ă) de dubii nejustificate referitoare la loialitatea sau corectitudinea amicilor sau asociaților ; 3. refuză să aibă încredere în alții din cauza fricii nejustificate că informațiile vor fi utilizate malițios împotriva sa ; 4. citește intenții degradante sau amenințătoare în remarci sau evenimente benigne ; 	<p>Este o tulburare caracterizată de :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) o sensibilitate excesivă la eșecuri/înfrângeri și atitudini neprietenoase ; b) tendința de a purta ranchiună permanent, cum ar fi refuzul de a ierta insultele, loviturile sau desconsiderarea ; c) suspiciunea și o tendință accentuată de a distorsiona trăirile, prin considerarea greșită a acțiunilor neutre sau prietenoase ale altora drept acte de ostilitate sau de dispreț ; d) un sentiment combativ și tenace de susținere a drepturilor personale, care nu este adecvat situației prezente ; e) suspiciune recurentă, fără justificare, privind fidelitatea partenerului sexual sau a soțului/soției ;

	301.0 Tulburarea de personalitate paranoidă	F 60.0 Tulburare paranoidă de personalitate
TP parano- idă	<p>5. poartă pică tot timpul, adică este implacabil(ă) față de insulte, injurii sau ofense ;</p> <p>6. percepe atacuri la persoană sau la reputația sa, care nu sunt evidente altora, și este prompt(ă) în a acționa coleros sau în a contraataca ;</p> <p>7. are suspiciuni recurente, fără nici o justificare, referitoare la fidelitatea soției (soțului) ori partenerei (partenerului) sexual(e).</p> <p>B. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice ori al altei tulburări psihotice și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.</p> <p><i>Notă</i> : dacă criteriile sunt satisfăcute anterior debutului schizofreniei, se adaugă „premorbid” ; de exemplu, „Tulburare de personalitate paranoidă (premorbid)”.</p>	<p>f) tendința către o stimă de sine excesivă, manifestată printr-o atitudine persistentă de referință la sine însuși ;</p> <p>g) preocupări privind explicarea prin „conspirații” lipsite de substanță a evenimentelor care implică pacientul sau lumea, în general.</p> <p><i>Include</i> : tulburarea de personalitate paranoidă expansivă, cverulentă, fanatică și senzitivă.</p> <p><i>Exclude</i> : tulburarea delirantă (F 22.-), schizofrenia (F 20.-).</p>

	301.20 Tulburarea de personalitate schizoidă	F 60.1 Tulburarea schizoidă de personalitate
TP Schizo- idă	<p>A. Un pattern pervaziv de detașare de relațiile sociale și o gamă restrânsă de exprimare a emoțiilor în situații interpersonale, începând precoce în perioada adultă și prezente într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele :</p>	<p>Tulburarea de personalitate întrunește următoarele condiții :</p> <p>a) puține (dacă există vreuna) activități care produc plăcere ;</p> <p>b) răceală emoțională, detașare sau afect tocit ;</p> <p>c) capacitate limitată de a exprima căldură, sentimente tandre sau mânie față de ceilalți ;</p>

	301.20 Tulburarea de personalitate schizoidă	F 60.1 Tulburarea schizoidă de personalitate
TP Schizo- idă	<p>1. nici nu dorește și nici nu se bucură de relații străne, inclusiv de faptul de a fi membru al unei familii ;</p> <p>2. alege aproape întotdeauna activități solitare ;</p> <p>3. are puțin sau nu are nici un interes în a avea experiențe sexuale cu altă persoană ;</p> <p>4. îi plac puține ori nu-i plac nici un fel de activități ;</p> <p>5. lipsa amicilor sau confidenților apropiați, alții decât rudele de gradul I ;</p> <p>6. pare a fi indiferent la criticile sau laudele altora ;</p> <p>7. prezintă răceală emoțională, detașare sau afectivitate plată.</p> <p>B. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice, al altei tulburări psihotice ori al unei tulburări de dezvoltare pervazivă și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.</p> <p><i>Notă</i> : dacă criteriile sunt satisfăcute anterior debutului schizofreniei, se adaugă „premorbid” ; de exemplu, „Tulburare de personalitate schizoidă (premorbid)”.</p>	<p>d) indiferență aparentă față de laudă sau critici adresate de ceilalți ;</p> <p>e) interes scăzut față de stabilirea relațiilor sexuale cu alte persoane (luați în considerare vârsta) ;</p> <p>f) preferință aproape invariabilă pentru activități solitare ;</p> <p>g) preocupări excesive pentru fantezii și introspecție ;</p> <p>h) lipsa prietenilor apropiați sau a relațiilor bazate pe încredere (sau având numai una) sau lipsa dorinței de a stabili astfel de legături ;</p> <p>i) insensibilitate marcată față de respectarea normelor sociale și a convențiilor.</p> <p><i>Exclude</i> : sindromul Asperger (F 84.5), tulburarea delirantă (F 22.0), tulburarea schizoidă a copilăriei (F 84.5), schizofrenia (F 20.), tulburarea schizotipală (F 21.).</p>

	301.22 Tulburarea de personalitate schizotipală	
TP Schizotipală	<p>A. Un pattern pervaziv de deficite sociale și interpersonale, manifestat prin disconfort acut în relații și reducerea capacității de a stabili relații intime, precum și prin distorsiuni cognitive și de percepție și excentricități de comportament, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. idei de referință (excluzând ideile delirante de referință) ; 2. gândire magică sau credințe stranii care influențează comportamentul și sunt incompatibile cu normele subculturale (de exemplu, superstițiozitate, credință în clarviziune, telepatie sau în cel de-al „șaselea simț” ; la copii și adolescenți, fantezii și preocupări bizare) ; 3. experiențe perceptive insolite, incluzând iluzii corporale ; 4. gândire și limbaj bizar (de exemplu, limbaj vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat sau stereotip) ; 5. suspiciozitate sau ideea paranoidă ; 6. afect inadecvat sau coarctat ; 7. comportament sau aspect bizar, excentric sau particular ; 	

	301.22 Tulburarea de personalitate schizotipală	
TP Schizotipală	<p>8. lipsa de amici sau confidenți apropiați, alții decât rudele de gradul I ;</p> <p>9. anxietate socială excesivă care nu diminuează odată cu familiarizarea și tinde a fi asociată mai curând cu temeri paranoide decât cu judecăți negative despre sine.</p> <p>B. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice, al altei tulburări psihotice ori al unei tulburări de dezvoltare pervazivă.</p> <p><i>Notă</i> : dacă criteriile sunt satisfăcute anterior debutului schizofreniei, se adaugă „premorbid” ; de exemplu, „Tulburare de personalitate schizotipală (premorbid)” .</p>	
	301.7 Tulburarea de personalitate antisocială	F 60.2 Tulburarea disocială de personalitate
TP antisocială (disocială – ICD-10)	<p>A. Este un pattern de desconsiderare și violare a drepturilor altora, care apare începând cu vârsta de 15 ani, fiind indicat de trei (sau mai multe) dintre următoarele :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. incapacitatea de a se conforma normelor sociale în legătură cu comportamentele legale, indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest ; 	<p>Este o tulburare de personalitate care ajunge deseori în atenția medicală din cauza distonanței dintre comportamentul pacientului și normele sociale, fiind caracterizată prin :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) nepăsare rece față de sentimentele celorlalți ; b) atitudine marcată și persistentă de iredresabilitate și disprețuire a normelor, regulilor și convențiilor sociale ;

	301.7 Tulburarea de personalitate antisocială	F 60.2 Tulburarea disocială de personalitate
TP antisocială (disocială - ICD-10)	<p>2. incorectitudine, indicată de mișcările repetate, recursul la alibiuri, manipularea altora pentru profit sau plăcere personală ;</p> <p>3. impulsivitate sau incapacitatea de a face planuri ;</p> <p>4. iritabilitate și agresivitate, indicate de luptele sau atacurile corporale repetate ;</p> <p>5. neglijență nesăbuită pentru siguranța personală sau a altora ;</p> <p>6. iresponsabilitate considerabilă, indicată prin incapacitatea repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a a-și onora obligațiile financiare ;</p> <p>7. lipsa de remușcare, indicată prin indiferență ori prin faptul de a justifica de ce a făcut să sufere ori a maltratat sau a furat de la altul.</p> <p>B. Individul este în etate de cel puțin 18 ani.</p> <p>C. Există proba unei tulburări de conduită cu debut înainte de 15 ani.</p> <p>Comportamentul antisocial nu survine exclusiv în cursul schizofreniei ori al unui episod maniacal.</p>	<p>c) incapacitatea de a menține relații durabile, deși nu există nici o dificultate în stabilirea lor ;</p> <p>d) o toleranță foarte scăzută la frustrare și un prag scăzut de control al tendințelor de a manifesta agresivitate, inclusiv violență ;</p> <p>e) incapacitatea de a trăi sentimentul de vină și de a învăța din experiență, în special din pedepse ;</p> <p>f) o înclinație marcată de a da vina pe alții sau de a oferi explicații plauzibile pentru comportamentul care a adus pacientul în conflict cu societatea.</p> <p>De asemenea, ca o trăsătură asociată poate fi prezentă și iritabilitatea. Tulburarea de conduită din copilărie sau adolescență, cu toate că nu e prezentă în mod invariabil, poate aduce un suport diagnostic.</p> <p><i>Include</i> : tulburarea de personalitate amorală, antisocială, asocială, psihopată și sociopată.</p> <p><i>Exclude</i> : tulburările de conduită (F 91.).</p>

	301.83 Tulburarea de personalitate de tip borderline	F 60.3 Tulburarea emoțional-instabilă de personalitate
TP de tip borderline	<p>A. Un pattern pervaziv de instabilitate a relațiilor interpersonale, a imaginii de sine și afectelor și impulsivitate marcată, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, fiind indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele :</p> <p>1. eforturi disperate de a evita abandonul real sau imaginar ;</p> <p><i>Notă</i> : nu include comportamentul suicidar sau automutilant.</p> <p>2. un pattern de relații interpersonale intense și instabile, caracterizat prin alternare între extremele de idealizare și devalorizare ;</p> <p>3. perturbare de identitate : imagini de sine sau conștiință de sine marcat și persistent instabilă ;</p> <p>4. impulsivitate în cel puțin două domenii care sunt potențial autoprojudiciante (de exemplu, cheltuieli, sex, abuz de substanțe, condus imprudent, mâncat compulsiv).</p> <p><i>Notă</i> : nu include comportamentul suicidar sau automutilant.</p> <p>5. comportament, gesturi sau amenințări recurente de suicid ori comportament automutilant ;</p>	<p>Este o tulburare de personalitate în care există o tendință marcată de impulsivități în acțiuni, fără a lua în considerare consecințele, și de o instabilitate afectivă.</p> <p>Capacitatea de a face planuri „în avans” poate fi minimă, iar exploziile de furie intensă pot duce deseori la violență sau la „explozii comportamentale” ; acestea au loc mai ales atunci când actele impulsive sunt criticate sau împiedicate de alte persoane. Sunt specificate două variante ale acestei tulburări de personalitate, amândouă având în comun această caracteristică generală de impulsivitate și lipsă de autocontrol.</p> <p>F 60.30 de tip impulsiv</p> <p>Caracteristica predominantă este instabilitatea emoțională și lipsa controlului impulsurilor. Exploziile de violență sau de comportament agresiv sunt obișnuite ca răspuns la criticile altora.</p> <p><i>Include</i> : (tulburarea de) personalitate explozivă și agresivă.</p> <p><i>Exclude</i> : tulburarea disocială de personalitate.</p>

	301.83 Tulburarea de personalitate de tip borderline	F 60.3 Tulburarea emoțional-instabilă de personalitate
TP de tip borderline	<p>6. instabilitate afectivă datorată unei reactivități marcate a dispoziției (de exemplu, disforie episodică intensă, iritabilitate sau anxietate care durează, de regulă, câteva ore și numai rareori mai mult de câteva zile);</p> <p>7. sentimentul cronic de vid;</p> <p>8. mânie intensă, inadecvată ori dificultate în a controla mânia (de exemplu, manifestări frecvente de furie, stare coleroasă permanentă, bătăi repetate);</p> <p>9. ideație paranoidă sau simptome disociative severe, tranzitorii, în legătură cu stresul.</p>	<p>F 60.31 de tip borderline</p> <p>Sunt prezente o serie de caracteristici ale instabilității emoționale; în plus, imaginea de sine a pacientului, țelurile și preferințele sale interne (inclusiv cele sexuale) sunt deseori neclare sau tulburate. Există, de obicei, un sentiment cronic de gol interior. O tendință de a se implica în relații intense și instabile poate cauza crize emoționale repetate și poate fi asociată cu eforturi excesive pentru a preveni abandonarea și o serie de acte suicidare sau de autovătămare (cu toate că acestea pot apărea fără declanșatori evidenți).</p> <p><i>Include:</i> (tulburarea de) personalitate de frontieră.</p>

	301.50 Tulburarea de personalitate histrionică	F 60.4 Tulburarea histrionică de personalitate
TP histrionică	<p>Un pattern pervaziv de emoționalitate excesivă și de căutare a atenției, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, fiind indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:</p> <p>1. este incomodat în situațiile în care nu se află în centrul atenției;</p> <p>2. interacțiunea cu alții este caracterizată adesea printr-un comportament seducător sau provocator sexual inadecvat;</p>	<p>Este caracterizată de:</p> <p>a) autodramatizare, expresie teatrală, exagerată a emoțiilor;</p> <p>b) sugestibilitate – pacientul este ușor de influențat de către alții sau de circumstanțe;</p> <p>c) afectivitate labilă și superficială;</p> <p>d) căutarea continuă a senzațiilor puternice, a admirației celorlalți și a activităților în care pacientul este în centrul atenției;</p>

	301.50 Tulburarea de personalitate histrionică	F 60.4 Tulburarea histrionică de personalitate
TP histrionică	<p>3. prezintă o schimbare rapidă și o expresie superficială a emoțiilor;</p> <p>4. uzează în mod constant de aspectul fizic pentru a atrage atenția asupra sa;</p> <p>5. are un stil de a vorbi extrem de impresionant și lipsit de detalii;</p> <p>6. manifestă autodramatizare, teatralism și o expresie exagerată a emoțiilor;</p> <p>7. este sugestionabil, adică ușor de influențat de alții sau de circumstanțe; consideră relațiile mai intime decât sunt în realitate</p>	<p>e) seducție inadecvată în comportament sau înfățișare;</p> <p>f) atenție exagerată acordată atracției fizice.</p> <p>Trăsăturile asociate pot include egocentrism, autoindulgență, dorința de a fi apreciat, existența sentimentelor ușor de rănit și comportament persistent manipulativ pentru satisfacerea nevoilor proprii.</p> <p><i>Include:</i> (tulburarea de) personalitate isterică și psihoinfantilă</p>

	301.81 Tulburarea de personalitate narcisică	
TP narcisică	<p>Un pattern pervaziv de grandoare (în fantezie și comportament), nevoie de admirație și lipsă de empatie, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, fiind indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:</p> <p>1. are un sentiment grandios de autoimportanță (de exemplu, își exagerează realizările și talentele, așteaptă să fie recunoscut ca superior fără realizări corespunzătoare);</p> <p>2. este preocupat de fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumusețe sau amor ideal;</p>	

	301.81 Tulburarea de personalitate narcisică	
TP narcisică	<p>3. crede că este „aparte” și unic și că poate fi înțeles numai de către ori că trebuie să se asocieze numai cu oameni (sau instituții) speciali ori cu status înalt ;</p> <p>4. necesită admirație excesivă ;</p> <p>5. are un sentiment de îndreptățire, adică pretenții exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată la dorințele sale ;</p> <p>6. este exploataitor interpersonal, adică profită de alții pentru a-și atinge propriile scopuri ;</p> <p>7. este lipsit de empatie : este incapabil să recunoască sau să se identifice cu sentimentele și necesitățile altora ;</p> <p>8. este adesea invidios pe alții sau crede că alții sunt invidioși pe el ; prezintă comportamente sau atitudini arogante, sfidătoare.</p>	

	301.82 Tulburarea de personalitate evitantă	F 60.6 Tulburarea anxios-evitantă de personalitate
TP evitantă	<p>Un pattern pervasiv de inhibiție socială, sentimente de insuficiență și hipersensibilitate la evaluare negativă, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, fiind indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele :</p> <p>1. evită activitățile profesionale care implică un contact interpersonal semnificativ, din cauza fricii de critică, a dezaprobării sau rejecției ;</p>	<p>Este caracterizată de :</p> <p>a) sentimente persistente și generale de tensiune și îngrijorare ;</p> <p>b) convingerea că este incapabil social, neatractiv sau inferior celorlalți ;</p> <p>c) preocupare excesivă privind criticile sau respingerea pe plan social ;</p> <p>d) dorința de a evita relațiile cu oamenii, dacă nu este sigur că este agreat ;</p>

	301.82 Tulburarea de personalitate evitantă	F 60.6 Tulburarea anxios-evitantă de personalitate
TP evitantă	<p>2. nu dorește să se asocieze cu alți oameni decât dacă este sigur că va fi apreciat ;</p> <p>3. manifestă reținere în relațiile intime din cauza fricii de a nu se face de râs ori de a nu fi ridiculizat ;</p> <p>4. este preocupat de faptul de a nu fi criticat sau rejectat în situații sociale ;</p> <p>5. este inhibat în situații interpersonale noi, din cauza sentimentelor de inadecvare ;</p> <p>6. se vede pe sine ca înapt social, neatractiv personal ori inferior altora ; refuză să-și asume riscuri personale sau să se angajeze în orice activități noi, din cauza faptului că acestea l-ar putea pune în dificultate.</p>	<p>e) existența unor restricții în viață, din cauza nevoii de securitate fizică ;</p> <p>f) evitarea activităților sociale sau profesionale care presupun contacte interpersonale semnificative, din cauza fricii de a fi criticat, respins.</p> <p>Trăsăturile asociate pot include hipersensibilitate la rejecție și critică.</p>

	301.6 Tulburarea de personalitate dependentă	F 60.7 Tulburarea dependentă de personalitate
TP dependentă	<p>O necesitate excesivă și pervazivă de a fi tutelat, care duce la un comportament submisiv și adeviziv și la frica de separare, care începe precoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte, fiind indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele :</p> <p>1. are dificultăți în a lua decizii comune fără o cantitate excesivă de sfaturi și asigurări din partea altora ;</p>	<p>Este caracterizată de :</p> <p>a) încurajarea sau autorizarea acordată altora de a lua decizii foarte importante pentru viața pacientului ;</p> <p>b) subordonarea nevoilor personale față de nevoile celor de care pacientul este dependent și supunerea exagerată la dorințele acestora ;</p> <p>c) subiectul nu dorește să formuleze nici cele mai mici cereri oamenilor de care depinde ;</p>

	301.6 Tulburarea de personalitate dependentă	F 60.7 Tulburarea dependentă de personalitate
TP dependentă	<p>2. simte nevoia ca alții să-și asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieții lui ;</p> <p>3. are dificultăți în a-și exprima dezacordul față de alții, din cauza fricii de a nu pierde suportul sau aprobarea ;</p> <p><i>Notă</i> : nu implică frica reală de retribuție.</p> <p>4. are dificultăți în a iniția proiecte ori a face ceva singur (din cauza lipsei de încredere în judecata sau capacitățile sale, mai curând decât din cauza lipsei de motivație sau de energie) ;</p> <p>5. merge foarte departe pentru a obține solitudine și suport de la alții, până la punctul de a se oferi voluntar să facă lucruri care sunt neplăcute ;</p> <p>6. se simte incomod sau lipsit de ajutor atunci când rămâne singur, din cauza fricii exagerate de a nu fi în stare să aibă grijă de sine ;</p> <p>7. caută urgent altă relație drept sursă de solitudine și suport atunci când o relație strânsă se termină ; este exagerat de preocupat de frica de a nu fi lăsat să aibă grija de sine.</p>	<p>d) se simte prost dispus sau neajutorat când este singur, din cauza fricii exagerate de a fi incapabil să-și poarte singur de grijă ;</p> <p>e) preocuparea însoțită de teama de a fi abandonat de către persoana cu care are o relație strânsă și de a fi lăsat să-și poarte singur de grijă ;</p> <p>f) capacitate limitată de a lua decizii în viața de zi cu zi, fără a primi sfaturi exagerate și asigurări repetate din partea celorlalți ;</p> <p>g) trăsăturile asociate pot include autoperceperea pacientului ca neajutorat, incompetent și lipsit de putere.</p> <p><i>Include</i> : (tulburarea de) personalitate astenică, inadecvată, pasivă și defetistă.</p>

	301.4 Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă	F 60.5 Tulburarea anancastă de personalitate
TP obsesiv-compulsivă	<p>Un pattern pervaziv de preocupare pentru ordine, perfecționism și control mental și interpersonal în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, fiind indicat de cel puțin patru (sau mai multe) dintre următoarele :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. este preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau planuri, în așa măsură încât obiectivul major al activității este pierdut ; 2. prezintă perfecționism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor (de exemplu, este incapabil să realizeze un proiect, deoarece nu sunt satisfăcute standardele sale extrem de stricte) ; 3. este excesiv de devotat muncii și productivității, mergând până la excluderea activităților recreative și a amicițiilor (atitudine nejustificată de o necesitate economică evidentă) ; 4. este hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în probleme de moralitate, etică sau valori (fapt nejustificat prin identificare culturală sau religioasă) ; 	<p>Este caracterizată prin :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) sentimente de îndoială și prudență excesive ; b) preocupare pentru detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau programe ; c) perfecționism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor ; d) conștiinciozitate, scrupulozitate excesivă și preocupări deloc necesare privind eficiența, până la excluderea plăcerii și a relațiilor interpersonale ; e) pedanterie excesivă și aderență la convențiile sociale ; f) rigiditate și încăpățănare ; g) insistență nerezonabilă din partea pacientului pentru ca ceilalți să respecte exact modul său de a acționa sau rezistență nerezonabilă a pacientului de a permite celorlalți să facă ceva ; h) intruziunea unor gânduri sau impulsuri insistente și supărătoare. <p><i>Include</i> : (tulburarea de) personalitate compulsivă și obsesională.</p> <p><i>Exclude</i> : tulburarea obsesiv-compulsivă (F 42.).</p>

	301.4 Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă	F 60.5 Tulburarea anancastă de personalitate
TP obsesiv-compulsivă	<p>5. este incapabil să se debaraseze de obiecte uzate sau inutile, chiar dacă acestea nu au nici o valoare sentimentală ;</p> <p>6. refuză să delege sarcini sau să lucreze cu alții în afară de cazul în care aceștia se supun exact modului lui de a face lucrurile ;</p> <p>7. adoptă un stil avar de a cheltui, atât față de sine, cât și față de alții, banii fiind văzuți ca ceva ce poate fi folosit în cazul unor eventuale catastrofe ; prezintă rigiditate și obstinație.</p>	

Abordarea din perspectivă categorială a tulburărilor de personalitate este o expresie a gândirii tradiționale polarizate din societatea occidentală. Diversele categorii sunt net delimitate și diferă calitativ unele de altele. Se apelează la descrierea empirică a manifestărilor patocomportamentale propriu-zise care devin suportul conceptului de *personalitate patologică* sau *dizarmonic structurată*. Acesta întru-nește – în intenție – atributele unui construct ateoretic și are o validitate parțială corespunzătoare doar unora dintre simptomele integrabile. Descrierea categorială poartă deci amprenta simplității și a stereotipiei oglindite în înșirarea unor criterii de factură strict fenomenologică.

Cel mai adesea, necesitatea clasificării categoriale a tulburărilor de personalitate le subdivizează în trei clustere :

- A – bizare ;
- B – hiperexpresive și disociale ;
- C – anxioase.

Se pot descrie o serie de criterii diagnostice aplicabile tuturor tulburărilor de personalitate. Ele includ :

- comportamentul individual marcat dizarmonic, ca expresie a strategiilor cognitive, conținuturilor afective, modalităților de manifestare ale instinctelor și abilităților relaționale interpersonale deviante ;
- caracterul precoce și durabil al tulburărilor comportamentului, care devin manifeste în copilăria tardivă sau adolescență și persistă toată viața ;
- perturbarea constantă – dar de intensitate variabilă – a adaptabilității în diversele roluri ale vieții și a eficienței sau performanțelor profesionale ;
- disconfortul subiectiv care creează și întreține sentimentul de neîmplinire, incompletitudine și deficitul de satisfacție personală.

Sistemele diagnostice DSM și ICD sunt sintetice, prezentând criterii speciale pentru fiecare structură personologică. De-a lungul timpului, autorii au descris diverse aspecte bazate pe observația clinică sau corelabile unor doctrine. Deși sistemele categoriale adoptă o perspectivă dominant descriptivă în cazul tulburărilor de personalitate, Axa II diagnostică rămâne un construct abstract precumpănitor teoretic.

5.2. Tulburările de personalitate de cluster A

Primul cluster – clusterul A – al clasificării categoriale include personalitățile patologice cu trăsături de serie psihotică.

5.2.1. Tulburarea de personalitate paranoică

Aceasta are ca dominante structurale orgoliul și interpretativitatea manifeste din tinerețe, alături de abilitățile relaționale selective. Suspiciunea și lipsa de încredere în cei din jur sunt întreținute de o stimă de sine exagerată, care cultivă raporturi interpersonale sărace și mereu problematizante. Stima de sine exacerbată inhibă simțul autocritic și poate alimenta uneori o ținută morală superioară și autoritarismul ca fundamente ale rolurilor de lideri sau de formatori de opinie la care pot accede uneori. Pe această cale, apar mereu în prim-plan aroganța și tendințele de a-i exploata și manipula pe ceilalți – ale căror expectații și drepturi sunt ignorate –, precum și lipsa de loialitate. Sunt promovate constant imaginea și drepturile personale în orice situație existențială concretă și nu sunt tolerate frustrările și eșecurile.

În plan cognitiv, ideile preconceptuate induc interpretări false ale realității obiective, pe fondul unei hipervigilanței și hiperestezii persistente. Sunt considerate referitoare la sine majoritatea cuvintelor și atitudinilor, chiar și cele bine intenționate, ale persoanelor din jur. Pacienții își păstrează pentru ei adevăratele gânduri și intenții și evocă experiențe cu alură comparativă a evenimentelor trăite sau imaginate. Sunt deci evidente frustrările expansive și, uneori, limbajul evaziv.

Apar afișate în mod constant rigiditatea și detașarea afectivă, fiind evidentă lipsa empatiei și a capacității de a dezvolta sentimente față de persoanele din jur, indiferent de gradul de rudenie sau de apropierea existențială. Frecvențele crize de furie și manifestări de gelozie patologică se desfășoară în raport cu partenerul conjugal sau sexual.

Relațiile interpersonale sunt dominate de neîncredere, răceală și indiferentism. Apar mereu în prim-plan atitudini resentimentare legate de insultele și ofensele celor din jur, autovictimizarea fiind un

atribut structural major. Chiar și evitățile sau conduitele de amânare ale persoanelor cu care vin în contact – motivate de oboseală sau conjunctural – sunt privite ca ostile. Concepția despre sine – „Sunt o persoană specială și nimeni nu mă iubește pentru că sunt superior tuturor!” – este congruentă cu concepția despre lume, care e considerată nedreaptă, imprezvizibilă și deci răspunzătoare pentru greșelile și nerealizările personale.

Din perspectivă psihodinamică, se consideră că stilul critic și autoritar al părinților favorizează structurarea unei imagini particulare despre sine – „Ești altfel decât ceilalți!” – cu unele deficiențe și atribute contradictorii. Există un deficit de integrare a supraeului, drept consecință a reprimării conflictelor cu părinții – îndeosebi din etapa primei copilării. Ca urmare, vulnerabilitatea propriului eu este proiectată asupra celorlalți, fiind cultivat progresiv sentimentul adevărului propriu – paranoidismul – care îi îndepărtează pe cei din jur, în mod intolerant și incisiv, în scopul conservării individualității. Apare ca evidentă o organizare psihotiformă, realizată prin alte mijloace decât în cazul manifestărilor psihotice propriu-zise și care poate favoriza scurte episoade delirante.

Din perspectivă genetică, personalitatea paranoică aparține spectrului schizofreniilor, fiind raportabilă cu precădere la tulburările delirante (Bernstein, Useda și Siever, 1993). Pe terenul concepției despre sine și lume și al atitudinii față de cei din jur, TP paranoică se întâlnește cu TP obsesiv-compulsivă, care însă este racordată la normele și valorile comunitare. Personalitatea paranoică mai interferează și cu personalitatea schizotipală și cu cele de cluster B. Dintre acestea, cu TP de tip borderline, în primul rând, în cadrul acesteia din urmă inconstanța manifestărilor de tip *psychotic-like* fiind însă evidentă.

Tehnicile comportamentale pot ameliora stilul paranoic, dar ele trebuie să profite de perioadele de descurajare, pesimism și de dezorganizare a mecanismelor de securizare.

Tulburarea de personalitate paranoică se poate structura în familiile schizofrenilor și e mai frecventă la sexul masculin.

5.2.2. Tulburarea de personalitate schizoidă

Este dominată de indiferentism afectiv și detașare în raporturile interpersonale, atribute manifeste din tinerețe. Sunt evidente capacitățile reduse de rezonanță emoțională și rigiditatea în exprimarea unor stări afective sărace și greu de diferențiat unele față de altele. Ca urmare, răspunsurile afective la acțiunile și expresiile celor din jur sunt sărace, inconstante sau tardive. Există astfel un deficit de exprimare a emoțiilor și, de asemenea, a nemulțumirii sau furiei – precum și o lipsă de căldură și tandrețe în relațiile interpersonale. Anhedonic, schizoidul este, în egală măsură, indiferent la criticile sau laudele celor din jur.

Hipoprosexia favorizează un stil cognitiv distinct, cu asociații ideative superficiale, idei intruzive și tendința de a abandona ușor raționamentul inițial. Lipsa de eficiență intelectuală se explică și prin excesivele tendințe introspective și meditative, precum și prin incursiunile în imaginar. Comportamentul este solitar, apatic, monoton, lipsit de spontaneitate, cu un interes minim acordat anturajului. Este evitată intimitatea în relațiile interpersonale, exceptând rudele de gradul I.

Sunt cvasipermanente hipoactivismul și chiar inerția motorie, care, alături de apatie, explică și hiposexualitatea în cadrul căreia sunt evidente lipsa dorinței și a interesului pentru sexul opus. Kalus, Bernstein și Siever (1993) descriu și subliniază ținuta inhibată, mohorâtă, lipsită de culoare și aplomb a schizoidului, la care se asociază însă un anumit nivel de sensibilitate.

În sens psihodinamic, raporturile parentale sunt deficitare afectiv ca intensitate și frecvență, inducând astfel hipotrofia abilităților sociotrope.

Concepția despre sine a schizoidului: „Sunt nepotrivit pentru viață, deci nu am nevoie de nimeni și totul mi-e indiferent!”. Concepția despre lume: „Viața este complicată și, uneori, periculoasă, iar dacă o să păstrez distanța față de cei din jur, voi evita suferința și pericolele!”.

Personalitatea schizoidă este cel mai dificil de diferențiat de cea schizotipală și de cea evitantă. În primul caz se întâlnesc nu doar simptome din seria celor negative, ci și de tip productiv sau pozitiv, în timp ce evitantul – spre deosebire de schizoid – trăiește anxios și mereu frustrat nevoia de intimitate, de apropiere față de persoanele din jur.

Reperete dominante ale diagnosticului diferențial sugerează existența a două variante sau subtipuri ale tulburării de personalitate schizoide. Unul este foarte apropiat de structura schizotipală, în sens psihodinamic, fiind prezente fragmentarea eului, deci a identității, mecanisme defensive primitive și o deficitară capacitate de raportare și de integrare a realității obiective. Cea de-a doua variantă – cu un nivel de sensibilitate mai ridicat – corespunde tulburării de personalitate depresive și, sub aspect clinic, asociază și trăsături de serie obsesiv-compulsivă derivate din disfuncționalitatea vieții intime. Ele se manifestă prin fantezii erotice și prin pervertirea modalității de desfășurare a actului sexual sau/și substituirea subiectului acestuia. Coloratura emoțională integrabilă acestei structuri personologice oferă șansa abordărilor psihoterapeutice. Ele pot fi eficiente atunci când, pornind de la prelucrarea experiențelor biografice negative din copilăria precoce, se adresează deficitului abilităților relaționale și comunicative, considerat ca un act de voință.

TP schizoidă, ca și cea paranoică sau cea obsesiv-compulsivă, are un stil emoțional controlat – expresie majoră a nepăsării și replierii spre lumea interioară –, în timp ce TP schizotipală, de tip borderline și evitantă le este propriu un stil emoțional evitant.

5.2.3. Tulburarea de personalitate schizotipală

Este caracterizată printr-un comportament excentric, dominat de bizarerii și percepții distorsionate ale propriei persoane și ale ambianței – din spectrul depersonalizării și derealizării –, care întrețin un deficit relațional și adaptativ cvasiconstant.

În plan perceptual, sunt definitorii experiențele insolite, adeseori de tipul iluziilor corporale, a pseudohalucinațiilor și a fenomenelor de percepție delirantă. Sunt patognomonic *fading*-ul mintal, episoadele de ambivalență, tendințele ruminative și ideile insolite, acontextuale. Gândirea este dominată de raționamente magice, idei de referință și o multitudine de superstiții. Interpretările de factură parapsihologică, autoatribuirea de anumite capacități în acest sens cultivă suspiciozitatea patologică și sentimentul adevărului propriu. Limbajul își păstrează coerența, dar este bizar, cu neologisme și paralogisme intercurante.

Rigiditatea afectivă și răspunsurile emoționale paradoxale se alătură binomului hipersensibilitate-detașare și accentuează straniețea conduitei. Comportamentul e dominat de excentricități, manierisme și bizarerii, fiind variabil nuanțat, iar relațiile interpersonale sunt sărace și superficiale, caracteristice strategiile de evitare a anturajului uman, cu excepția rudelor de gradul I. Sunt decrișe și multiple fenomene fobice care întrețin cu precădere o anxietate socială accentuată și, de asemenea, este evidentă inconstanța în rolurile familiale și profesionale, celibatul, separarea și divorțurile fiind aproape o regulă.

Aceste particularități pot aparține stărilor prodromale din schizofrenii și nu se regăsesc ca delimitări ale unei structurări patologice a personalității în ICD-10.

Familia parentală confirmă răceala sau respingerea din partea părinților. Concepția despre sine: „Sunt altfel decât cei din jur. Mă simt gol, inferior, schimbat, nesigur”. Concepția despre lume: „Lumea este ciudată, neobișnuită, iar ceilalți au intenții aparte cu

mine, care mă obligă să fiu prudent!”. Stabilitatea manifestărilor perceptuale și cognitive rămân definitorii pentru această structură personologică.

Tulburarea de personalitate schizotipală este cel mai recent integrată clusterului A, fiind analizată prin prisma determinismului genetic comun cu schizofreniile, precum și prin reliefaarea unor structuri de serie discordantă (Kety, 1983).

Siever, Bernstein și Silverman (1991) abordează raporturile cu tulburarea de personalitate de tip borderline și cu alte tulburări de personalitate, dar și cu psihozele schizofrenice.

Janorini, citat de aceiași autori, descrie în 50% din cazuri interferențe între TP schizotipală și cea de tip borderline, în sensul prezenței unor simptome *psychotic-like*. Ele sunt mult mai stabile și mai bine delimitate de patofenomenele afective în primul caz, dar sunt constant încadrate de anxietate, depresie sau fobii la personalitatea de tip borderline. Trăsăturile schizotipale pot sugera, de asemenea, o TP obsesiv-compulsivă, corespunzător deficitului de modulare afectivă, ideilor intruzive bizare sau anxiogene, inabilității în relațiile interpersonale, întreținută și de rezistența încăpățanată la inițiativele celor din jur. Raporturile cu TP evitantă sunt dominate de persistența fobiilor sociale, indiferent de atitudinea anturajului. Personalitatea depresivă și tulburările depresive interferează, de asemenea, cu structura schizotipală, comorbiditatea dintre ultimele două fiind descrisă de Siever *et al.* (1991), pentru mai mult de 50% din cazuri. În același cadru, evoluția spre schizofrenie a TP schizotipale este descrisă de McGlashan (1986) în 17% din cazuri.

5.3. Tulburările de personalitate de cluster B

5.3.1. Tulburarea de personalitate antisocială

Aceasta se diagnostichează după vârsta de 18 ani și este precedată de dificultăți adaptative semnificative cu o durată de minimum trei ani, ele fiind descriabile din primele faze ale socializării, cu mult înaintea vârstei de 15 ani.

Detășarea emoțională – spre deosebire de TP de tip borderline și TP narcisică – este patognomonică cu minime abilități de atașament interpersonal. Alături de nivelul redus de anxietate, acestea dezavantajează comunicarea și relația terapeutică în context cu aceleași personopatii. Aceste atribute structurale sunt integrate chestionarului PCL (Hare, 1991). Raporturile emoționale sunt limitate, presupunând ignorarea semnificațiilor afective ale limbajului și acțiunilor. Ca urmare, sunt mereu descriabile manifestări afective anarhice care cultivă conduite ostile.

Egofilia și aroganța întrețin inabilitatea de a stabili raporturi interpersonale mediate empatic și sentimente lipsite de profunzime și respect reciproc. Este descris uneori un stil superficial și rapid, întrerupt de comentarii caustice. Pe fondul unei reduse toleranțe la frustrare, sunt frecvente iritabilitatea și impulsivitatea manifestă, fără vreo motivație aparentă.

Antisocialul ignoră expectațiile și drepturile celor din jur, precum și normele comunitare. Sunt definatorii comportamentul manipulativ și dominator față de anturaj, cu apel constant la minciună și șantaj, dar și cu atragerea acestuia în acte îndreptate împotriva celor din jur. Atitudinile rigide evită intimitatea și întrețin o cvasipermanentă stare de alertă și tensiune intensă și ambiantă, cu manifestări impulsive îndreptate cu precădere asupra familiei și persoanelor din anturajul imediat. Ostilitatea în raporturile interpersonale se materializează adeseori, spre deosebire de TP narcisică și TP de tip borderline, în cazul cărora ea poate fi transpusă în planul imaginativ.

Tendința de a controla anturajul capătă uneori un aspect compulsiv, în perioadele de vulnerabilitate crescută dominate de anxietate și depresie existând însă o semnificativă deschidere spre relația terapeutică. Abilitatea de a-i denigra și învinovăți pe cei din jur se împletește cu incapacitatea de a întreține relații sociale durabile, deși, adeseori, le inițiază cu dificultate. Alături de absența duiosiei și a umorului, este evidentă lipsa complexelor de vinovăție și remușcare corespunzătoare suferințelor sau pierderilor provocate anturajului, cu orientarea spre împlinirea necondiționată și rapidă a propriilor dorințe și nevoi de factură strict egocentrică.

Concepția despre sine: „Sunt unic și omnipotent!”. Concepția despre lume: „Cei din jur există pentru a-mi servi interesele!”.

Pot fi conturate câteva subtipuri de TP antisocială cu atribute dominante care, simultan, le apropie și le diferențiază de celelalte tulburări de personalitate din clusterul B, dar și de TP paranoică. Sunt astfel descriabile manifestări psihocomportamentale din seria grandorii, autoreferinței și aroganței, care asociază tendințe manipulative și un stil non-empatic, asemănătoare reperelor TP narcisice. Farmecul și emoțiile superficiale, promiscuitatea sexuală și exprimarea expectațiilor negative în raport cu cei din jur reprezintă interferențele histrionice. În același context se plasează și ignorarea riscului, căutarea noului și impulsivitatea.

Mai pot fi descrise și variante structurale dominante de intransigență, stil caustic, hipercriticism, suspiciozitate, ostilitate și agresivitate paroxismală, care pot fi raportate la TP paranoică și TP sadică. Comportamentul acuzator, tiranic și destructivitatea, întreținute de cruzime, pot ocupa o poziție similară în acest context (Millon și Davis, 1998).

Rezultă, ca atare, o comuniune de criterii de factură dominant morală și comportamentală care definesc o structură personologică cu cele mai precoce manifestări din perspectivă temporală și care afectează cu precădere sexul masculin. Dominantele ei pot fi privite

ca expresii sau extreme caricaturale ale trăsăturilor psihologice masculine. Cele mai recente dezbateri personologice identifică conceptul de *TP antisocială* cu cel de *psihopatie* (Millon, Simonsen, Birket, Smith și Davis, 1998). Acesta integrează trăsături dominante cu determinism biologic, dar ale căror manifestări clinice sunt condiționate social și cultural. Ele aparțin unui model structural personologic foarte bine definit, dar dezavantajat – în sens categorial – de dispersia criteriilor care sunt integrabile majorității sindroamelor psihopatologice, datorită, printre altele, și tendințelor toxicomane și potențialului anxiogen și depresogen.

Orice alianță terapeutică este iluzorie în cazul TP antisociale.

5.3.2. Tulburarea de personalitate de tip borderline

Aceasta integrează o accentuată instabilitate afectivă, a imaginii de sine și comportamentului, cu tendințe spre acțiuni impulsive și ignorarea consecințelor acestora. Sunt menționate următoarele criterii diagnostice :

- imagine de sine instabilă sau distorsionată, asemănătoare, de altfel, percepției sensurilor propriei existențe și sentimentului cronic de vid interior ;
- ideea paranoidă tranzitorie și manifestările disociative severe legate de stres se asociază cu eforturile majore de evitare a unui abandon real sau imaginar care întrețin relații interpersonale intense dar instabile ce pot fi alternativ idealizate sau ignorate. Există o instabilitate afectivă marcată cu episoade anxioase și disforice ce pot dura câteva ore sau chiar câteva zile ;
- impulsivitatea manifestă în cel puțin două sectoare conectate la integritatea personală, precum alimentația compulsivă, viața sexuală, abuzul de substanțe sau șofatul iresponsabil, se racordează conduitelor autovătămătoare și suicidare recurente. Sunt

caracteristice atitudinile provocatoare și intoleranța în relațiile interpersonale, din cauza furiei de nestăpânit care poate favoriza și acte suicidare (Zanarini, Gunderson, Frankenburg și Chauncey, 1989).

Sunt descrise drept condiții agravante : incestul transgenerațional înaintea vârstei de 10 ani, cruzimea parentală, ostilitatea cronică și alte trăsături antisociale și schizotipale în familia părinților.

Conform ICD-10, se disting două subtipuri ale unei personopatii instabile afectiv : de tip impulsiv, respectiv de tip borderline. Prima corespunde următoarelor criterii :

- labilitate afectivă cu paroxisme disforice și agresive imposibil de controlat ;
- tendință marcată spre acțiuni imprevizibile și violență, cu ignorarea consecințelor care se manifestă cu intensitate mărită în condiții de cenzură sau coercitive ;
- dificultăți în inițierea și continuarea unor acțiuni a căror împlinire nu produce satisfacții imediate.

Subvarianta de tip borderline implică :

- dificultăți de autopercepție și instabilitatea imaginii de sine, a scopurilor și valorilor personale, inclusiv în planul sexualității ;
- senzația cronică de vid interior ;
- incapacitatea de a întreține relații interpersonale stabile, însoțită de frecvente paroxisme afective ;
- eforturile intense de evitare a abandonului ;
- acțiunile autovătămătoare recurente.

Principalele criterii diagnostice sunt simptome, și nu trăsături caracteriale, din cauza asocierii cvasiconstante cu tulburări ale Axei I – depresie, anxietate, anorexie, bulimie, TP obsesiv-compulsivă, tulburări disociative, abuz de substanțe.

Sunt de subliniat interferențele cu alte tulburări de personalitate de cluster B, în primul rând cu TP histrionică. Ele corespund instabilității imaginii de sine, labilității afective și eforturilor de prevenire a abandonului din partea anturajului. Prin acestea din urmă, ca și prin deficitul de autostimă și senzația cvasiconstantă de îngrijorare și tensiune, personalitatea de tip borderline se raportează la personalitatea anxios-evitantă. Teama de abandon este un atribut comun și personalității dependente. Deficitul stimei de sine și cel relațional sunt, de asemenea, puncte comune cu atributele dominante ale personalității depresive.

Concepția despre sine: „Am o senzație de gol interior, de disconfort continuu”. Concepția despre lume: „Nu-i suport, dar nu pot trăi fără oamenii din jur”.

Dintre tulburările de personalitate de cluster A, TP schizotipală este cea mai apropiată, corespunzător fenomenelor de depersonalizare și derealizare, de dificultățile de socializare și manifestările psihotice tranzitorii. Interferențele dintre TP de tip borderline și cea schizotipală sunt confirmate și de constelația etiopatogenetică dominată de reperele vulnerabilității endogene, incluzând experiențele biografice negative ale copilăriei. Instabilitatea sinelui, tendințele autodistructive, teama de singurătate și stilul resentimentar permit conexiuni cu stările de stres posttraumatic cronicizate, deci cu o variabilă de o gravitate aparte a caracteriopatiilor secundare. În ansamblu, TP de tip borderline se detașează prin gravitatea manifestărilor psihopatologice și a deficitului adaptativ, din cauza ratei înalte de comorbiditate cu celelalte tulburări de personalitate (Gunderson, Zanarini și Kisiel, 1991; Zanarini, 2005).

5.3.3. Tulburarea de personalitate histrionică

Principalele criterii diagnostice includ: un stil hiperexpresiv, teatral, seducător, erotizant și manipulativ, care invocă atenția celor din jur. Imaginea de sine instabilă întreține un disconfort psihic intens în toate situațiile în care nu se află în centrul atenției sau al preocupărilor persoanelor din jur.

Strategiile cognitive sunt superficiale, iar raționamentele facile, cu evitarea incursiunilor introspective, în timp ce limbajul este colorat, bombastic, dar sărac în detalii. Viața afectivă este, de asemenea, dominată de trăiri superficiale și puțin stabile, dar intens exprimate în sensul demonstrativității.

Comportamentul poartă amprenta egocentrismului, hedonismului și a unui farmec superficial, constatându-se în mod cvasipatognomic o notă de falsitate, de inautenticitate („ca și cum”), cu afișarea unei fațade avantajante pentru sine. Este, de asemenea, evidentă și stabilă sugestibilitatea conduitei și prin intermediul suprasemnificării întimității în raporturile interpersonale, care, de altfel – din partea celor din jur –, sunt inconstante și puțin nuanțate în condițiile în care aceștia sunt obligați să tolereze sau să ignore manifestările de serie histrionică.

Copleșit de dorința de a se valoriza prin hiperexpresivitate și acțiuni captivante, histrionicul își confirmă mereu dezinteresul pentru lumea din jur, care este percepută ca indiferentă, ostilă sau ca o sursă permanentă de situații neplăcute.

Având mereu ca punct de plecare problematizanta stimă de sine, histrionicul are uneori tendința de a-și desconsidera anturajul de care rămâne totuși dependent. Este evidentă lipsa de curiozitate, creativitate și răbdare, în sensul perseverenței și conștiinciozității. Multe personalități histrionice sunt *in love with love*, și manifestă preocupări estetice exagerate (Bornstein, 1998; Shopshire și Craik, 1996).

Intensitatea și diversitatea manifestărilor TP histrionice depind de nivelul educațional și cultural. Determinismul acestei caracteriopatii

apelează atât la repere psihanalitice – în primul rând la fixațiile libidinale –, cât și la factorii socioculturali prin personogeneza viciată de raporturile dezavantajante din familia parentală, ca și de modele comportamentale sau tradițiile culturale și mentalitățile colective cu semnificații hiperprotective sau represive. Ca rezultat, la nivel individual se conturează o imaturitate psihoafectivă și comportamentală proprie TP histrionice. Uneori și suferințele somatice precoce instalate pot cultiva trăsăturile histrionice.

Ca subtipuri ale acestei structuri personologice pot fi descrise următoarele: teatral, manierat, liniștit (afișând sacrificiul de sine), vivace-fermecător, manipulativ-nesincer, impulsiv-necontrolat, infantil-labil și supărăcios.

Concepția despre sine: „Nu mă simt bine singur”. Concepția despre lume: „Trebuie, cu orice mijloace, să mă fac remarcat”.

După Pfohl (1991), principalele interferențe apar cu celelalte tulburări de personalitate de cluster B, în primul rând cu TP de tip borderline, de care cea histrionică se deosebește în primul rând prin funcționarea la un nivel nevrotic – în sens psihanalitic –, dar și prin superficialitatea trăirilor afective și demonstrativitate. Sunt de menționat interferențele cu tipul infantil al TP de tip borderline, descris de Kernberg. Asemănările cu TP antisocială se regăsesc în sectorul supraeului, corespunzător unei moralități conjuncturale, care nu atinge nivelul imoralității stabile și funciare a antisocialului, precum și în racordarea cognitivă la atitudinile anturajului în intenția manipulării lui (Pfohl, 1991).

Conform opiniei lui Zetzel (1968), există o TP histrionică „benignă”, raportabilă la TP narcisică, și una „malignă”, analizată în raport cu TP de tip borderline și cea antisocială.

În formele sale cu manifestări tipice, TP histrionică poate fi privită ca o expresie extremă, caricaturală a trăsăturilor psihologice ale sexului feminin, fiind, de altfel, una dintre caracteriopițiile descriabile cu precădere la femei.

5.3.4. Tulburarea de personalitate narcisică

Ea integrează atributul grandorii și pe cel al unei exacerbate auto-stime, nevoia imperioasă de admirație, însoțită însă de un comportament lipsit de empatie. Stima de sine exagerată și sentimentul superiorității și grandorii personale, care se manifestă în ținută, vestimentație, rolurile vieții, sunt patognomonice. Narcisicii sunt foarte afectați de nereușite sau de indiferența anturajului care induc intense senzații de rușine și umilință.

Sunt, de asemenea, caracteristice convingerile și expectațiile impenetrabile legate de calitățile personale deosebite și de superioritatea pe care acestea o conferă în raporturile cu anturajul, precum și fanteziile expansive nelimitate pe temele succesului, puterii și farmecului personal, care îi conferă statutul unei personalități cu totul speciale, chiar unice. Cu cât sentimentul grandorii personale e mai stabil, cu atât narcisicul e mai adaptabil; în situația opusă, se asociază trăsături de tip borderline care agravează deficitul adaptativ.

Tendințele manipulativ-dominatorii din relațiile interpersonale nu pot fi altfel orientate decât spre satisfacerea propriilor dorințe. Comportamentul arogant invocă admirația celor din jur, în contrast cu faptul că narcisicul este el însuși invidios, dar se consideră invidiat pentru calitățile sale. El caută și obține succesul doar în acele profesii care îi cultivă dominantele structurale, iar comportamentul este constant hiperpragmatic, cu intoleranță la critică. Narcisicul mimează aderența la normele și valorile comunitare, având o moralitate conjuncturală, iar plictiseala și detașarea de cei din jur, întreținute de sentimentele de invidie și ostilitate, îl caracterizează și în situațiile cele mai favorabile.

Tendințele de a simpatiza, de a se apropia de persoane importante sau de a agresa și domina în mod selectiv persoanele considerate lipsite de valoare sunt expresia trăsăturilor dezavantajante: nesiguranța și lașitatea.

Sunt descrise două stiluri narcisice : unul hipervigil și cu tenacitate scăzută, ca expresie a unui eu fragil și empatic, respectiv unul dominator și tenace, corespunzător unui eu bine structurat, care nu este vulnerabil decât la manifestări de invidie și sfidare (Gabbard, 1983).

În ICD-10, TP narcisică nu are corespondent.

Principalele repere etiopatogenetice le regăsim în teoria psihanalitică (Freud, 1914).

Pornind de la cele două subtipuri structurale narcisice – pasiv-astenic, respectiv activ-hiperstenic, descrise de Millon și Davis (1998) –, ultimul trebuie raportat la TP antisocială, fiind considerat chiar unul dintre subtipurile acesteia (Cimpan și Nireștean, 2004). Narcisicul stenic se mobilizează în scopul recuperării sau redobândirii unor drepturi și avantaje pe care și le arogă conform grandorii sale, reușind în schimb să fie satisfăcut într-o anumită măsură. Oricâte împliniri ar trăi în acest sens, antisocialul rămâne un revendicator nemulțumit. Superioritatea intrinsecă a narcisicului este înlocuită, în acest caz, cu sentimentul de incompletitudine și de nesiguranță ce corespund convingerii că el este inferior celorlalți și marginalizat social.

Trăsăturile narcisice se regăsesc deci atât la tulburarea de personalitate antisocială, cât și la tulburarea de personalitate histrionică, în sensul dependenței de anturaj și a comportamentului manipulativ. Sunt descrise și interferențele cu TP obsesiv-compulsivă, în baza excesului de orgoliu și al autostimei, tendințelor demonstrative și lipsei de empatie. Gunderson *et al.* (1991) pledează pentru dificultățile diagnosticului categorial care contrastează cu prevalența atributelor narcisice din practica clinică.

5.4. Tulburările de personalitate de cluster C

5.4.1. Tulburarea de personalitate evitantă

Are drept dominante structurale sentimentul insuficienței personale, inhibiția marcată în raporturile sociale și o sensibilitate exagerată la orice comentariu negativ adresat sau la critică. Aceste atribute sunt centrate pe raportul nevoie-teamă al individului. Sunt caracteristice stima de sine scăzută și tendința de autodevalorizare în orice situație. Evitantul adoptă strategii cognitive de factură micromanică, având drept scop evitarea criticii sau a respingerii din partea anturajului și a implicării în situații de viață problematice. Are, de asemenea, tendința de a amplifica realitatea personală în sens negativ și pe cea exterioară în sens pozitiv. Îi sunt proprii asociațiile superficiale pe fondul hipervigilității, dar și amnezii selective asupra psihotraumelor.

Eul hipotrofiat întreține în plan afectiv timiditatea și emoții negative persistente, alături de o anxietate îndreptată spre sine. Sunt descrise numeroase fobii, predominant de factură socială. Depersonalizarea este mereu prezentă, îndeosebi sub forma senzațiilor de înstrăinare și decolorare a propriilor trăiri afective.

Motivațional îi este caracteristică ambitendința, în sensul dorinței de a fi acceptat de cei din jur, dar cu păstrarea distanței. Se autoprotejează de o potențială reacție și, deși are aptitudini, evită să le folosească. Are un elaborat comportament de evitare a contactelor sociale, atunci când suspectează faptul că nu este dorit sau acceptat. Stilul personal este retras, neîncrezător, supracontrolat, puțin activ, manierat, adeseori bizar. Reținerea accentuată în relațiile interpersonale este însoțită de teama de a nu fi ridiculizat, teamă care se extinde și asupra raporturilor profesionale în cadrul cărora adoptă o poziție pasivă și repliată, care să îl facă să fie ignorat. Cel mai important scop rămâne garantarea siguranței personale. Inițiativele personale sunt rare, cu evitarea constantă a situațiilor noi și a asumării inclusiv

a unor riscuri minore. Neofobia este patognomonică și accentuează teama de orice responsabilitate a evitantului. Comportamentul evitant poate fi condiționat cultural, așa cum se întâmplă în cazul imigranților.

Dinamica structurală evitantă este racordabilă unei atitudini parentale de genul: „Nu te acceptăm, ceilalți nici atât”, care favorizează binomul hiperprotecție-depreciere și cultivă sentimentul autodevalorizării.

Concepția despre sine – „Sunt diferit, nepotrivit și temător de a nu fi respins” – favorizează anxietatea, fatigabilitatea și spiritul autocritic. Concepția despre lume – „Viața e nedreaptă, cei din jur mă critică, dar aș dori pe cineva care să mă accepte” – cultivă hipervigilența, iar dacă expectațiile nu se confirmă, refugiul în imaginar.

Stadial, Bernstein și Travaglini (1993) descriu o serie de atribute care însoțesc etapele vieții. Astfel, copilăria are ca repere iritabilitatea, atașamentul viciat și refuzul școlar. În adolescență sunt evidente tristețea, izolarea și stilul pasiv-agresiv. În perioada de adult tânăr, se accentuează comportamentul evitant cu un deficit adaptativ crescut, iar la adultul matur are loc stabilizarea statutului evitant (Bornstein, 1999). Se conturează un cerc vicios în cadrul căruia :

teamă de respingere → hipervigilitate → sociabilitate scăzută cu viziuni catastrofice → creștere a vigilității → creștere a autocompătimirii → intensificare a comportamentului evitant.

Atributele dominante ale TP evitantă interferează în cea mai mare măsură cu cele ale TP dependente. Aceasta, spre deosebire de TP evitantă – care doar le dorește –, inițiază relații interpersonale, dar nu le poate întreține sau continua. Faptul se explică, în sens psihodinamic, prin substimularea în prima copilărie, care întârzie procesul de separare și de individualizare. Pacienții descriu faptul că „se simt răsfățați de atitudinea celor din jur și suferă, obligați fiind să nu facă nimic pentru ei înșiși”. Faptul poate avantaja sau nu relația

terapeutică. Raportarea la TP schizoidă confirmă că în cazul acesteia lipsește anxietatea, comportamentul fiind dominat de indiferentism în relațiile interpersonale și de absența tendințelor de autodevalorizare. Sunt de menționat și interferențele cu TP de tip borderline pe terenul nesiguranței și al fricii de abandon, dar această structură psihologică are tendința de a se angaja în relații intense și instabile. Evitantul se angajează uneori cu dificultate în relația terapeutică, dar se poate dăruia necondiționat recomandărilor derivate din aceasta.

5.4.2. Tulburarea de personalitate dependentă

Este caracterizată printr-o stimă de sine scăzută și prin nevoia de a fi îngrijit și sprijinit. Se structurează astfel un comportament docil și adeviziv, precum și teama de separare. Dependentul are autoreprezentări negative în plan cognitiv, pe teme de ineficiență și inferioritate în raport cu cei din jur. Este dominat de preocupări ilogice și ruminatii legate de teama de a fi lăsat să se descurce singur, însoțită de convingerea că este incapabil să o facă. Este evidentă incapacitatea de decizie sau elaborarea unor planuri de viață, pentru inițierea cărora transferă întotdeauna responsabilitatea asupra celor din jur.

În plan afectiv, domină anxietatea socială și de performanță și teama de abandon, la care se adaugă tendința de a căuta imediat o altă persoană protectoare atunci când precedenta legătură interpersonală eșuează. Apare o senzație de disconfort intens și neajutorare în condiții de singurătate, cu ipsofobie și teamă de abandon.

Sunt evidente încercările permanente de a obține ajutorul celorlăți, pe care nu-i poate contrazice în nici o situație. Dependentul este în stare chiar și de lucruri neplăcute sau umilitoare pentru a le fi pe plac acestora, pentru a le obține și păstra cât mai mult sprijinul. Își poate schimba brusc preferințele atunci când li se pare că sunt ignorați de cei din jur. Își subordonează nevoile personale celor ale

persoanei de care se simte dependent, cu supunerea necondiționată la dorințele acesteia. Comportamental afișează un stil dedicat unei cât mai agreabile și eficiente autoprezentări, cu ligușiri și rugăminți, dar evitând manifestări prea zgomotoase. Dar cu toate că evită contrazicerile, uneori dependentul se descătușează vociferând. Deși nu are inițiative personale, această structură personologică poate să se impună în profesii și colective medicale și de cercetare. Stilul dependent se accentuează cu vârsta, iar la cei cu realizări, la vârsta a treia.

Concepția despre sine: „Sunt incapabil să mă descurc singur!”.
 Concepția despre lume: „Cei din jur mă ignoră și se feresc de mine!”.

Trăsăturile de tip dependent se dezvoltă pe terenul vicierii atașamentului, în sensul dificultăților de separare atât față de figurile parentale, cât și față de imaginile internalizate ale acestora. Dependentul – de o pasivitate extremă – este incapabil să decidă separarea de figurile parentale. Atunci când în relația cu partenerul de viață nu găsește dragostea și sprijinul dorit, personalitatea dependentă se „refugiază în sine”, trăind anxios și fobic roluri existențiale prezente sau trecute. Comorbiditatea cu tulburările Axei I este, în aceste condiții, cel mai bine reprezentată prin tulburările de personalitate de cluster C.

TP dependentă interferează și cu TP de tip borderline (prin teama de respingere și abandon) și cu TP evitantă prin stima de sine scăzută, sensibilitatea exacerbată la critică și nevoia de siguranță și aprobare. Ultimele două atribute sunt comune și TP histrionice (Hirschfeld, Shea și Weise, 1991). TP de tip borderline este, în schimb, inconsecventă cu sine însăși, TP evitantă refuză relațiile sociale, iar TP histrionică trăiește non-anxios roluri demonstrative și suprasemnificante (Baltes, 1996; Zuroff *et al.*, 1995).

Personalitățile de tip dependent pot fi ușor integrate unor relații terapeutice și respectă cu rigurozitate programul reabilitativ.

5.4.3. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

Este dominată de un autocontrol exagerat asupra propriilor acțiuni, dar și asupra relațiilor interpersonale, pe fondul unor strategii cognitive bazate pe o rigoare extremă, meticulozitate și perfecționism. Sunt caracteristice rigiditatea cognitivă și comportamentală alături de preocuparea excesivă pentru ordine și detalii care culminează în ignorarea scopului real al acțiunilor. Meticulozitatea exagerată fundamentează absolutizarea ordinii și a programării diverselor activități personale. Individul are raționamente elaborate, minuțioase, care vizează detaliul, amănuntul și ignoră scopul principal cu o evidentă lipsă de flexibilitate și spontaneitate ideativă. Ambivalența și nesiguranța de sine, teama de erori și de orice fel de pierderi cultivă frustrările și întrețin conflicte intrapsihice persistente. Au tendința de a absolutiza amănuntele și de a păstra sau colecționa lucruri care nu mai au nici măcar o valoare sentimentală.

Este descrisă o tensiune permanentă în încercarea de a-și controla impulsurile negative, precum și frecvente gânduri și impulsuri intruzive anxiogene. Prudența și nesiguranța accentuată întrețin pedanteria, serviabilitatea și aderența la normele și convingerile sociale. Ca urmare, sunt cultivate aparențele, iar regulile colectivității oferă siguranță obsesiv-compulsivului și îl fac să se simtă el însuși. În acest sens, lipsa de imaginație și meschinăria conferă aparențele austerității, hipercriticismului și atributul de purtător al simbolurilor dreptății și corectitudinii. Sunt proprii obsesiv-compulsivului implicarea necondiționată în activități, cu neglijarea relaxării, și asumarea tuturor responsabilităților în baza convingerii că ceilalți nu sunt capabili să execute indicațiile personale, singurele valabile. În profesie și în relațiile interpersonale sunt dominatori față de subordonați și sensibili, ligușitori față de superiori. Evită intimitatea care le-ar produce frustrări sau chiar i-ar face să-și piardă autocontrolul, fapt de neconceput. Au senzația că nu fac niciodată destul; resimt

oboseala cronică și incapacitatea de a se relaxa și bucura. Încăpățânarea și zgârcenia sunt congruente dorinței de câștig, însoțită însă de ignorarea confortului și de acumulări materiale care vizează prevenirea oricăror neajunsuri în viitor.

Inflexibilitatea morală și axiologică a acestei structuri personologice sunt expresia triadei compulsive – *nesiguranța*, *sentimentul de vină* sau *culpabilitatea* și *hiperresponsabilitatea*: „Nu mă critica pentru că o fac singur!”.

Concepția despre sine – „Pot face orice!” – este expresie a unui *super-ego* mult hipertrofiat. Concepția despre lume – „Ceilalți sunt ireponsabili!” – presupune două variante existențiale: cea bună, pe care și-o asumă integral, și cea negativă, care-i implică necondiționat pe cei din jur, care nu au voie să scape de sub controlul său.

Din perspectivă psihodinamică, structurarea anancastă a personalității este consecința pedepsirii tendințelor copilului mic de a se murdări cu materiile fecale (Freud, 1908; Abraham, 1921).

Caracterul anal însoțit de certitudinea că părinții nu l-au iubit și valorizat suficient → dorințe neîmplinite de dependență → anxietate îndreptată împotriva părinților care însă nu este acceptabilă conștient → strategii defensive cu izolare și rigiditate emoțională.

Sunt de menționat interferențele cu TP evitantă și dependentă, lipsite însă de hipertrofia supraeului și de comportamentul dominant în raporturile interpersonale. Din perspectiva comorbidității cu bolile Axei I, distimia și tulburarea obsesiv-compulsivă se află pe primele locuri ca frecvență. Ambele nuanțează trăsăturile TP obsesiv-compulsive, dar, pe de altă parte, favorizează acuratețea diagnosticării acesteia.

Obsesiv-compulsivii răspund mai bine la tratament decât cei afectați de TP evitantă, dar, uneori, tind să controleze singuri întregul program terapeutic.

Capitolul 6

Circumscrierea generală a tulburărilor de personalitate. Severitate și compensare

6.1. Perspectiva psihiatrică și cea non-medicală a tulburărilor de personalitate

Ceea ce în prezent este abordat și studiat ca „tulburare de personalitate” este un domeniu ce s-a evidențiat în cadrul psihiatriei, cu tradiția ei azilară din secolul al XIX-lea, prelungită în spitalele secolului XX. Problema psihiatrilor a fost de a diferenția această „entitate nosologică” de alte „boli psihice”. Dar modalități excentrice și problematice social de manifestare a personalității au fost descrise mereu de juriști, istoriografi, cronicari, moralști, romancieri, antropologi, doar cu vagi aluzii la ceea ce într-o sociocultură dată se înțelegea prin „nebulie” (Fabrega, 1994).

În prezent, tulburările de personalitate sunt obiectul unei preocupări medicale. Ele fac parte din nosologia psihiatrică, sunt incluse în sisteme oficiale de diagnostic, sunt descrise în cărți de psihiatrie ca orice altă tulburare psihică, fac obiectul unor proiecte și practici terapeutice medicamentoase și psihoterapeutice. Excentricitățile și particularitățile persoanei, comportamentele sale, mai mult sau mai

puțin aberante și deviate sociocultural, constituie însă și în prezent preocuparea unor psihologi, sociologi, politologi, criminologi, creatori de romane și filme. Cele două incidente sunt complementare, se intersectează și se suprapun parțial.

În sens medico-psihiatric, tulburările de personalitate sunt evaluate printr-un diagnostic, la fel ca orice boală. După 1980, în sistemul american DSM-III, ele au fost trecute pe Axa II de diagnostic, distinctă de tulburările psihiatrice episodice, diagnosticate pe Axa I. Dar în prima jumătate a secolului XX, Schneider afirmă că personalitățile psihopate diagnosticate de psihiatru, nu sunt totuși boli, ci excentricități ale existenței umane. Noțiunea de *diagnostic* poate fi folosită însă și în sens larg, de exemplu, de sociologi și politologi, când identifică o situație sociopolitică aparte, sau de criticul de artă, când evaluează o operă. Diagnosticul psihiatric își are însă specificitatea sa. În cazul tulburărilor de personalitate este necesar să se clarifice: a) dacă acestea există și cât sunt de intense; b) de ce tip sunt sau ce caracteristici de stil expresiv configurează.

Diagnosticul unei tulburări de personalitate nu e o problemă simplă, ci presupune o înțelegere de ansamblu a personalității, motiv pentru care și insistăm asupra caracterizării sale generale, dincolo de aspectele tipologice.

Semnificațiile speciale ale Axei II

Axa II din DSM-III și DSM-IV surprinde și semnifică, de fapt, problematica *terenului*. Terenul în medicină este un element deosebit de important al etiopatogenei și prognosticului. Medicina hipocratică l-a comentat din perspectiva celor patru umori, într-un sens unitar pentru medicina trupului și sufletului. În secolul XX s-a insistat asupra terenului marcat sau predispus genetic, al celui slăbit din cauza malnutriției și epuizării, asupra deficitului imunologic, a terenului sensibilizat alergic. În psihiatrie, după doctrina degenerescenței din secolul al XIX-lea, au fost luate în considerare „stigmatetele” ce indicau o sensibilitate crescută pentru unele boli psihice (Alexander,

1972). S-a vorbit de „constituții” particulare, precum cea emotivă, astenică, epileptoidă și schizoidă (Postel, 1983), ajungându-se în ultimele decenii la doctrina diateză/stres, la conceptul de vulnerabilitate crescută sau care poate crește circumstanțial (Zuckerman, 1999) și la cel de non-vulnerabilitate (Rutter, 1980). Tulburările de personalitate se înscriu în această paradigmă de gândire medico-psihiatrică referitoare la teren. Din punct de vedere istoric, la începutul secolului XX a fost descrisă de către Jaspers reacția comprehensibilă. Pentru perspectiva terenului este exemplară concepția lui Kretschmer (1949), care diferențiază reacțiile psihopatologice produse de evenimente de viață trăite (*elerbnisreaction*) în:

- a) reacții suprapersonale, așa cum sunt „reacțiile primitive” explozive sau conversiv-isterice, de leșin;
- b) „reacții ale personalității” (*Personlichkeitisreaction*), care apar la oameni predispuși în mod specific, potrivit-se acestora „ca și cheia la broască”.

Psihologia germană din timpul lui Schneider (1971) și, după aceea, Petrilovitch (1958), Binder (1964), Tellenbach (1983) a rafinat concepția reacției comprehensibile a lui Jaspers, arătând că între terenul personalistic predispus și evenimentul trăit în ecuație intră – în cazul apariției acesteia – și momentul special al vieții prin care trece individul, psihotraumele cumulate, oscilațiile bio-psiho-ritmurilor, ciclurile vieții și, nu în ultimul rând, persoana ca ansamblu prin structura sa caracterială particulară, sensibilă și prin particularitățile biografiei sale. Această nuanțare a *evaluării persoanei în ansamblu*, atât personologic, cât și psihopatologic în cazul analizei oricărui episod psihiatric, a fost apoi uitată. După 1970, psihopatologia a refăcut în mare parte traseul, prin studierea evenimentelor de viață ce se cumulează, a stresorilor acuti și cronici ce se adaugă unul altuia, dar și a rețelei de suport social, a satisfacțiilor de viață și a factorilor protectivi în general. Toți aceștia au fost corelați apoi cu

vulnerabilitatea (sau non-vulnerabilitatea) persoanei și cu situația ciclurilor vieții (Lăzărescu, 1994). În această ecuație, existența unei persoane patologice, a unei tulburări de personalitate capătă importanță deosebită, motiv pentru care investigarea ei a și fost introdusă în diagnosticul pe Axa II din DSM-III (1980) alături de evidențierea evenimentelor stresante de pe Axa III. Doar că, perspectiva analizei terenului personalistic e mai largă decât aceste două componente.

Pentru psihiatrie, analiza terenului implică o dublă perspectivă: personologică și psihopatologică. Aceasta presupune o lungă suită de aspecte, între care pot fi menționate: încărcătura genetică, sexul, vârsta, istoria de viață biologică, parcurgerea etapelor dezvoltării psihologice ontogenetice mediate de relațiile interpersonale formative, biografia în ansamblu, parcurgerea ciclurilor vieții, inteligența nativă și modelată de educație, fondul de cunoștințe și organizarea acestuia după liniile de forță ale opiniilor, convingerilor și credințelor, structura și tipologia caracterială, statutele și rolurile sociale asimilate și practicate, creativitatea și opera realizată, împlinirea existențială. Față de toate acestea, structurarea anormală, dizarmonică a caracterului, exprimată în tulburări comportamentale interpersonal-sociale – deci tulburări de personalitate –, reprezintă doar un aspect. Totuși, „diagnosticul” psihiatric separat al acesteia are importanță, deoarece atrage atenția asupra terenului, asupra nevoii de a-l analiza mai atent. Astfel, „diagnosticarea” Axei II, deci a tulburărilor de personalitate, nu poate fi asimilată pur și simplu unui diagnostic de boală, ci doar atenționează asupra unui domeniu specific, perturbat, al existenței *persoanei umane conștiente*.

6.2. Elemente de caracterizare generală a tulburărilor de personalitate

Din punct de vedere istoric, caracterizarea domeniului tulburărilor de personalitate a fost făcută în secolul al XIX-lea de către Pritschar, prin *moral insanity*, și de Koch, prin *inferioritatea psihopatică* (Berrios, 1996). În secolul XX, Schneider se referea tot la un cadru general atunci când circumscria „personalitățile psihopate”, care acum sunt descrise și ca tipuri.

O caracterizare generală este susținută în prezent de sistemele ICD-10 și DSM-IV, distinct și concomitent cu descrierea tipurilor categoriale. Ideea este subliniată de Cloninger, dar mai ales de Livesley (2000). Chiar când se acceptă un continuum între tulburările de personalitate și normalitate, așa cum fac adepții psihologiei trăsăturilor – în special ai FFT –, autori de prestigiu insistă asupra necesității unei diferențieri generice a tulburărilor de personalitate (Widiger, 2003). Problema e că o astfel de circumscriere nu se poate face doar în termeni medicali, invocând simptomele psihiatriei, ci în termeni personologici, de fapt ai psihologiei persoanei, limbaj care e firesc vieții obișnuite și e asimilat indirect de către psihopatologi.

Din caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate face parte sublinierea duratei prelungite, practic permanentă, tulburarea manifestându-se de la începutul vârstei adulte și persistând toată viața, fiind deci anevolutivă prin sine. Acest aspect o apropie de deficiența mintală și de orice defect al personogenezei. Defectul se referă acum la structura caracterială – la „personalitate” înțelesă în sens caracterial –, fără a viza capacitățile cognitive, inteligența putând fi chiar superioară. În cazul autismului nu se dezvoltă capacitatea de comunicare interpersonală, emoțional verbală. Nici aceasta nu e, în principiu, deficitară la tulburările de personalitate, ceea ce permite inserția în viața de zi cu zi, alături de alți oameni. E afectată, în schimb, imaginea de sine și raportarea interpersonal-socială. Rezultă un mod

de existență maladadaptativ, disfuncțional, care se manifestă rigid în diverse medii și circumstanțe.

O altă caracteristică evidentă a tulburărilor de personalitate – pe lângă durata ei de-a lungul întregii vieți, începând cu vârsta de adult tânăr – este și prezența unor manifestări psihice deviante, a unui comportament dezadaptativ, perturbator, „nociv”, ce se exprimă în cursul desfășurării obișnuite, zilnice, a vieții în societate, în contextul unor relații interpersonal-sociale, care, deși sunt perturbate, nu sunt întrerupte nicicând din cauza tulburărilor de personalitate. Nu e vorba de o tulburare care să izoleze persoana de comunitate pentru un timp delimitat, cum se exprimă Widiger (2003). În manualul său de evaluare a tulburărilor de personalitate, Tyrer (2000) insistă să se urmărească desfășurarea vieții curente a acestora, incluzând perioadele de relaxare, odihnă, vacanțe, hobby-urile, viața familială și cea alături de vecini, cunoștințe, prieteni, în cadrul programelor oficiale de muncă și de afirmare socială. Pot fi semnificative modalitățile în care individul relaționează cu alte persoane în intimitate, modul în care decurge căsnicia, felul în care își îngrijește copiii, stabilitatea domiciliului și a muncii, în relațiile cu cei cunoscuți, varietatea și profunzimea relațiilor respective. Modalitatea acestor manifestări și relaționări în cursul cărora persoana nu e ruptă de ambianță, de nișa ecologică umană, nu e „alături” de aceasta – ca în depresia majoră sau delir –, constituie o pânză de fond pe care se desenează forma, stilul devianțelor celor cu tulburări de personalitate.

În continuare, vom lua ca punct de plecare concepția lui Livesley (1991 ; 2000 ; 2001 ; 2004). Autorul consideră că în cazul tulburărilor de personalitate e prezentă o disfuncție dăunătoare (*harmful*) a achiziției structurii de bază a personalității ce constă în trei aspecte distincte, dar intercorelate :

- sistemul sinelui : eșecul în a stabili reprezentări stabile și integrate (coerente) privitor la sine (*self*) și alții ;

- disfuncție interpersonală indicată prin eșecul în a dezvolta relații de intimanță, de a funcționa adaptativ ca o figură de atașament și de a stabili relații afiliative ;
- eșecul de a funcționa adaptativ în grupe sociale, de a dezvolta comportamente prosociale sau cooperative.

Patologia sinelui observată în tulburările de personalitate constă din aspecte disfuncționale ale funcționării sinelui, cogniții maladaptative, deficit de integrare a diferitelor componente ale sinelui într-o structură coerentă. Se vorbește, de obicei, despre șase elemente ale patologiei sinelui : limite difuze, lipsa unei clarități și certitudini a sinelui, un concept de sine labil, inconsistență și fragmentare, lipsă de autonomie și inițiativă în acțiune, sens defectiv al sinelui. Sinele se structurează în ontogeneză introjectând *imago*-urile altora, în sensul în care teoria atașamentului a lui Bowlby a analizat formarea „modelului intern de lucru” (*internal working model*), iar psihanaliza a descris introjecția *imago*-urilor parentale a relativilor semnificativi. Subiectul se raportează la *imago*-urile altora introjectați, înainte de a se raporta la oamenii reali pe care îi întâlnește. Aceste relaționări interioare se formează în cursul ontogenezei, prin experiența de viață dobândită, în sensul în care teoria cognitivă a lui Beck prezintă problema. Pe această perspectivă, Benjamin a organizat o evaluare a personalității și o terapie a tulburărilor de personalitate. Deficiența de coerență internă a sinelui se exprimă în disfuncția identității. Widiger, un autor care pledează de decenii pentru o interpretare dimensională a tulburărilor de personalitate pe baza teoriei celor cinci mari factori (FFT), sublinia recent că aspectul esențial al acestei perturbări este deficiența de identitate a sinelui (*self*-ului, persoanei). Aceasta nu se manifestă doar la TP de tip borderline – la care e inclusă în criteriile de diagnostic –, ci și la cea dependentă (ce nu poate exista fără a fi dirijată), la cea evitantă (ce nu poate fi asertivă în raport cu alții), la cea obsesiv-compulsivă (ce are limite

difuze), la cea histrionică (ce adoptă variate identități), la cea narcisică (ce își construiește o imagine fantezistă despre sine), la cea schizoidă (ce se resimte ca un „nimeni”) ș.a.m.d.

Tot de patologia sinelui ar ține tulburările de autodirecționare a celor cu tulburări de personalitate, ce pot fi bine evidențiate prin instrumentul TCI a lui Cloninger. Autodirecționarea pe termen mediu și lung în cadrul comportamentului se desfășoară în mijlocul vieții sociale. De asemenea, și atributul „incapacității de a învăța din experiență”, prezent la multe tulburări de personalitate, dar mai ales la cea antisocială. Desigur, sinele se cere – la acest nivel – înțeles într-un sens larg, ce cuprinde eul conștient și, practic, toate structurile persoanei până la zona de inserție interpersonal-socială.

Tulburările în direcția *relațiilor interpersonale-sociale* în cadrul tulburărilor de personalitate au fost amplu și permanent discutate în literatură. Ele conduc la acel comportament maladadaptativ, observabil de către alții, apropiați, cunoscuți sau chiar străini. Tulburarea relațiilor interpersonale poate fi considerată patognomonică în tulburările de personalitate, așa cum subliniază mulți autori. Ea se bazează, desigur, pe structura distorsionată a sinelui în care ceilalți sunt reprezentați, așa cum s-a menționat mai sus. Atitudinile interpersonale constant distorsionate pot fi investigate pe baza circumplexului interpersonal (Leary, Kiesler, Wiggins, Benjamin) și caracterizate prin epitete. Se evaluează, de asemenea, „problemele interpersonale” ale celor cu tulburări de personalitate ca aspect generic și faptic. Acestea apar în diverse circumstanțe, în familie, vecinătate, la muncă, în întâlniri conjuncturale. Oricum, ele sunt prezente în viața de zi cu zi și exprimă disfuncțiile nocive ale tulburărilor de personalitate.

În planul relațiilor interpersonale se evidențiază deficiența capacității de intimitate, prietenie, dragoste, generozitate, precum și cea de a funcționa adaptativ ca o figură de atașament și, de asemenea, atitudini de dominanță și supunere exagerate, agresivitate, impulsivitate, suspiciune, manipulare, indiferență, toate intense și disfuncționale.

Acestea perturbă și fac dificilă capacitatea de afiliere – care constituie una dintre cele două axe ale circumplexului interpersonal – și, la fel, „cooperativitatea” – care e una dintre cele trei dimensiuni fundamentale ale caracterului după Cloninger – sau „agreabilitatea” – unul dintre cei cinci factori ai sistemului FFM. Toate sistemele dimensionale de caracterizare a personalității surprind, în felul lor, această perturbare esențială a celor cu tulburări de personalitate. În acest plan se manifestă conflictualitatea, agresivitatea, sadismul și, la fel, multe aspecte etice, de responsabilitate, grijă, compasiune, milă, ajutorare, neglijare, culpabilitate.

Planul relațiilor și funcționării sociale e corelat cu rolurile sociale pe care persoana le asimilează și le exercită, cu mai multă sau mai puțină competență. Intră acum în discuție distanțele interpersonale mai mari, relaționarea oficială, ce este reglementată de reguli și norme sociale, de legi. Nerespectarea sau încălcarea normelor și legilor, disfuncționalitățile în acest plan au fost considerate constant ca o fațetă ce caracterizează multe tulburări de personalitate. Se poate ajunge la acte delictuale, infracțiuni, conflicte cu autoritățile, perturbarea liniștii și ordinii în comunitate, comportament anomic, criminalitate, dar și simpla neîndeplinire adecvată a rolurilor maritale, parentale, profesionale, civice. Acest plan vizibil al comportamentului e relativ ușor înregistrabil. Însă nu toate tipurile de tulburări de personalitate prezintă, în egală măsură, probleme sociale, iar, chiar dacă ele există, nu sunt, în egală măsură, stridente social.

Agnozia sau distorsiunea dimensiunii etice a persoanei a fost considerată o altă caracteristică definitorie a „psihopatiei”. Faptul rămâne valabil și pentru tulburarea de personalitate în general, deoarece persoana umană normală e concepută ca dimensionată printr-un pol etic. Problema comportă comentarii din cel puțin două perspective. Pe de o parte, nu la toate tulburările de personalitate întâlnim deficiența și perturbarea morală în aceeași intensitate și în aceleași modalități, ea fiind mai grav afectată în clusterul denumit și

în prezent „psihopatie”. Pe de altă parte, eticul a devenit în ultimul timp tot mai greu de definit, fapt care pune sub semnul întrebării multe dintre aserțiunile tradiționale privitoare la tulburările de personalitate și psihopatie.

Personalitățile cu o structură dizarmonică, cele incluse în prezent în conceptul de *tulburare de personalitate*, au fost caracterizate ca fiind în general „egosintone”, adică, în acord cu felul lor de a fi, pe care nu-l problematizează și pe care îl acceptă. Totuși, chiar Schneider susținea că persoana psihopată nu numai că îi poate face pe alții să sufere din cauza firii sale, ci și ea poate suferi. De-a lungul deceniilor au fost acceptate persoane cu structură dizarmonică, frecvent egodistone și cu o simptomatologie predominant „nevrotică”. Psih analiza a vorbit chiar despre o „nevroză de caracter”. În prezent, suferința subiectivă nu e exclusă din caracterizarea generică a tulburărilor de personalitate, considerându-se că ea poate fi mai mult sau mai puțin intensă la diverse tipuri și cazuri, în diverse împrejurări.

Într-o abordare recentă, Parker și colaboratorii săi (2002) ridicau problema caracterizării de ansamblu a tulburărilor de personalitate, dincolo de stilul pe care-l exprimă diverse tipuri, identificând 17 markeri ai disfuncționalității acesteia: 1) lipsa agreabilității; 2) inabilitatea de a avea grijă de alții; 3) lipsa de cooperare; 4) faptul de a crea disconfort altora; 5) lipsa eficacității în acțiuni sociale; 6) lipsa empatiei; 7) eșecul în a realiza și menține relații interpersonale; 8) incapacitatea de a învăța din experiență; 9) impulsivitatea; 10) inflexibilitatea; 11) slaba adaptabilitate; 12) imoralitatea; 13) optimismul extrem; 14) autoapărarea; 15) deficiența autodirecționării; 16) lipsa umorului; 17) dificultatea de a face față stresorilor.

Fiind vorba de deficiențe ale „funcționării”, caracteristicile menționate sunt predominant din aria manifestărilor interpersonale, disociale și anetice ale persoanei, mai puțin din aria inconștienței sinelui și a suferinței subiective. Un efort de acest tip este util pentru a nu se uita de nevoia unei caracterizări generale a tulburărilor de

personalitate. Dar puțină ordine în analiza celor cu tulburări de personalitate este, de asemenea, necesară.

Problema gravității tulburărilor de personalitate

Pentru a putea fi asimilată unui cadru nosologic, tulburarea de personalitate trebuie să aibă o anumită intensitate, iar perturbarea pe care o determină trebuie să aibă o semnificație importantă pentru alții și pentru sine, pentru propriul drum de viață. În definiția din DSM-IV, se precizează că aspectul disocial, rigid, al comportamentului trebuie să se manifeste constant, în diverse contexte, în situații succesive, de-a lungul timpului biografic.

Pentru evaluarea tulburării de personalitate propriu-zise, Tyrer (2000) recomandă a se lua în considerare doar acele manifestări perturbatoare ce pot fi sesizate și în afara familiei, de alții, de străini sau oricine. *Formele ușoare* ale devianței funcționării persoanei ar fi acelea în care tulburările se manifestă rar, doar în mediul celor cunoscuți, în familie, de exemplu. Suferința subiectivă singură nu ar fi de luat în considerare, conform ipotezei că cel ce poate să se controleze în așa măsură încât să manifeste în raport cu alții un comportament deviant nu necesită atenție din punctul de vedere medico-psihiatric. *Formele grave* ar fi acelea care sunt perturbatoare tot timpul și în orice mediu, care nu pot, de la un moment dat, să fie menținute în societate fără supraveghere și care necesită șederi prelungite în instituții specializate – psihiatrice, de detenție, de reeducare.

În raport cu astfel de opțiuni există, desigur, și variante intermediare. Acestea se manifestă dizarmonic în raport cu anumite situații și persoane, dar suficient de echilibrat în alte situații și în raport cu alte persoane. Dacă există o constanță a perturbării comportamentale, și aceste cazuri se cer luate în considerare. În acest sens, s-a vorbit de persoane anormale, particulare, accentuate, de „probleme ale personalității”. Deja Schneider făcea distincție între „personalitățile anormale”,

ce reprezintă o variație statistică a normalității – ca stil, manifestări, comportament, tipologie –, și „persoanele psihopate”, la care nu mai e vorba de o variație statistică, ci de o altă realitate antropologică. Mai complexă e situația în care, de-a lungul timpului sunt perioade destul de largi de compensare sau decompensare, ce pot fi puse pe seama caracteristicilor situaționale, de statut și rol, de raportare interpersonală. Oricum, aceste cazuri nu sunt cele din formele nucleare ale tulburărilor de personalitate.

În mare, s-ar putea diferenția între următoarele nivele :

1. persoane „normale” care au un stil caracterial specific, particular ;
2. persoane cu trăsături accentuate și probleme interpersonal-sociale, în diverse momente și contexte ;
3. persoane cu tulburări de personalitate constante, cu permanente probleme de adaptare și comportament disocial, care, uneori, în anumite circumstanțe, pot fi parțial, dar niciodată complet compensate ;
4. persoane cu grave tulburări de personalitate, constant perturbatoare sau problematice pentru cei din jur, pentru societate, ce pot funcționa doar în condiții cu totul speciale de supraveghere sau în medii și situații neobișnuite.

6.3. Tipologia tradițională și cea recentă medico-psihiatrică a tulburărilor de personalitate și a caracterelor

De la începutul identificării medico-psihiatrice a tulburărilor de personalitate, ele au fost înțelese sub formă de tipuri. Identificarea unui mod special de manifestare, care, de cele mai multe ori, e prezentat ca apartenență la o categorie tipologică, este un aspect solidar cu caracterizarea de ansamblu și cu identificarea concretă a

unei tulburări de personalitate. Nici unul dintre cele două aspecte nu are semnificație fără celălalt. Psihopatia lui Kraepelin era etichetată după comportamentul disocial. În 1915, el distingea ca tipuri : excitabilul, instabilul, impulsivul, excentricul, mincinosul, antisocialul și certărețul. Kreschmer a descris persoanele anormale, în funcție de forma corporală și bolile psihice fundamentale tot într-un număr finit de tipuri, esențiale fiind schizoidul, cicloidal și epileptoidul. Schneider a descris amănunțit zece clase tipologice de persoane psihopate, care au ghidat tipologia medicală a tulburărilor de personalitate din clasificările ICD. Acestea sunt : hipertimicul, depresivul, nesigurul de sine, fanaticul, apaticul (lipsit de stimă de sine) – instabilul afectiv, explozivul, abulicul, astenicul. Cu excepția situației în care accentul a fost pus pe un singur aspect disocial ca în cazul psihopatului lui Cleckley, în rest, toți autorii și toate sistemele au comentat un număr finit de tipuri, de clase sau categorii tipologice de tulburări de personalitate, chiar dacă au lansat și variante de rezervă. Există chiar tendința ca accentul să cadă pe tipologie, pe stilul de manifestare, ignorându-se caracterizarea generală. Asupra acestui pericol atrage atenția Livesley (2001).

Tipologia tulburărilor de personalitate pe care au dezvoltat-o psihiatrii pornind dinspre cazuistica lor medical-azilară dinspre bolile psihice, s-a intersectat mereu cu milenara tipologie temperamental-caracterială.

Caracteriologia tradițională și cea recentă s-au bazat, în general, pe conceperea unui număr finit de tipuri ce rezultă în mod sistematic din principiile de ordonare. Astfel era caracteriologia zodiacală corelată celor 12 zodii sau temperamentele lui Hipocrate, bazate pe cele patru umori. În secolul XX, Jung împărțea oamenii în introvertiți și extrovertiți, iar Le Senne, în funcție de trei parametrii, fiecare cu două variante – activitate, emotivitate, retentivitate. A existat însă în caracteriologie și o tendință nesistematică, de reunire a cazuisticii în jurul unor tipuri pregnant prezentate, care se constituie în „centre de

acumulare”, după principiul „aerului de familie”. Tipologia tulburărilor de personalitate ține cont de aceste tradiții, precum și de alte principii relevante în secolul XX.

La începutul secolului XX, a fost adus în discuție „tipul ideal” prin Weber și Jaspers. Tipul ideal este un construct mintal care surprinde și descrie în mod coerent caracteristicile esențiale ale unui mod de a fi al oamenilor. Aspectul esențial e coerența și pregnanța expresivă a acestui construct. Max Weber a descris tipul burghezului protestant harnic și sânguinos, care a pus bazele capitalismului. Jaspers, în perioada sa inițială de psihiatru, pe când scria *Psihopatologia generală*, caracteriza persoana istericului ca pe cea a unui om care vrea să apară mai mult sau altfel decât este, pentru a ajunge în centrul atenției. El scrie :

Este o persoană care vrea să apară, pentru alții și pentru sine, ca mai mult sau altfel decât este, motiv pentru care e hiperexpresiv, dramatizează, atrage atenția asupra sa în diverse moduri și prin diverse mijloace, inclusiv utilizând bogăția sa imaginativă; pentru a capta atenția, el poate fi și strident și submisiv, lamentativ sau laudativ.

Tipul ideal e un construct teoretic, o descriere abstractă, de referință, ce nu se întâlnește ca atare în formă pură, în realitate, dar poate lumina înțelegerea cazurilor reale. Jaspers a fost preocupat însă și de cazul tipic semnificativ sau „cazul școală”. Acesta e un caz real ce se manifestă pregnant și semnificativ într-un domeniu existențial. Descrierea sa detaliată și expresivă îl poate impune ca un caz de referință, etalon de măsură, îi face pe alții să înțeleagă esența unei spețe cazuistice. De fapt, procesul se desfășoară în mai multe etape. Investigatorul trebuie să-l cunoască, să-l înțeleagă – ceea ce e posibil direct, prin empatie – și, apoi, să-l descrie și să-l prezinte astfel încât să devină transparent, clar și semnificativ și pentru alții. Jaspers afirmă că prezentarea câte unui caz tipic exemplar face să progreseze

cunoașterea mai mult decât nenumărate studii statistice impersonale, care identifică superficial cazuistica.

Desigur, în jurul unui caz ideal sau al unui caz tipic exemplar se adună și se coagulează alte cazuri, asemănătoare, doar puțin diferite, astfel că această populație cazuistică descrie și circumscrie pregnant o problematică. Este demersul sintetic prin care particularitățile sau descrierile eroilor tipici se precipită în jurul unui centru de acumulare, organizându-se printr-un „aer de familie”.

În esență, tipologia persoanelor psihopate a lui Schneider e construită, după principiile cazului ideal și ale cazului tipic exemplar, ale prezentării unor centre de acumulare, ale unor variante de tipologie umane. Schneider nu are o sistematizare ordonată de principii organizatoare care să conducă în mod necesar la numărul finit de clase tipologice pe care le prezintă. Actuala orientare prototipică în circumscrierea categorială a tulburărilor de personalitate e înrudită până la un punct cu această tradiție, dar ea ține cont și de o perspectivă medicală.

Tipologia recentă medico-psihiatrică a tulburărilor de personalitate. Categoriile prototipice

Schneider a adoptat ideea că persoanele psihopate nu reprezintă o boală, ci sunt variante antropologice extreme, și aceasta deoarece aderă la ideea că spiritul nu se poate îmbolnăvi, ci doar corpul. Totuși, inspirația medico-psihiatrică a celei mai mari părți a tipurilor sale e evidentă.

Odată cu orientarea neokraepeliană a psihiatriei din ultimele decenii – care a dus la o intensă psihiatrizare a existenței umane –, tulburările de personalitate au fost tot timpul descrise prin variante tipologice caracteriale care fac trimitere explicită la boli psihice. Au fost introduse denumiri ca TP schizoidă, paranoidă, obsesiv-compulsivă etc. Numărul claselor tipologice de tulburări de personalitate

din DSM-IV nu derivă din principii teoretice și nu au la bază cumularea unor cazuri tipice exemplare studiate întâmplător, empiric. Ele au ca principiu călăuzitor existența bolilor psihice și sunt ghidate explicit de existența acestora. Desigur, descrierile și sistematizările anterioare nu sunt ignorate și nici cazuistica reală sau opinia experților, dar totul este ordonat explicit de țintirea tulburărilor psihice descrise în sistem. Această corelație poate fi prezentată simplificat într-un tabel.

Tabelul 6.1. Corelația dintre diagnosticul categorial al tulburărilor de personalitate și bolile Axei I

Tipul de tulburare de personalitate		Boala psihică
DSM-IV	ICD-10	
Paranoidă	Paranoidă	Tulburarea persistentă paranoidă
Schizoidă	Schizoidă	Schizofrenie
Schizotipală		
Histrionică	Histrionică	Tulburări disociative (isterie?)
Borderline	Instabil-emoțională sau borderline	Tulburarea bipolară
Narcisică	-	-
Antisocială	Sociopată	Tulburări ale controlului impulsurilor, toxicomanie
Dependentă	Dependentă	Toxicomanie, depresie
Evitantă	Evitantă	Tulburări de fobie socială
Obsesiv-compulsivă	Anancastă	Tulburarea obsesiv-compulsivă

Deși corelarea dintre anumite tulburări de personalitate și anumite tulburări psihice este destul de evidentă, ea nu poate fi un criteriu suficient pentru circumscrierea tipologică a acestora. Deoarece lipsesc criteriile și principiile sistematice prezente în unele caracteriologii, s-a impus necesitatea unei descrieri care se constituie ca bază pentru delimitarea categoriilor tipologice. DSM-III a propus și practicat

definițiile operaționale, pe care le-a aplicat în egală măsură tulburărilor psihiatrice și tulburărilor de personalitate, fără diferențiere. Definițiile operaționale constau într-o circumscriere chiar arbitrară, care poate fi testată prin operații practice, prin măsurători. Aplicarea lor la științele umane – la istorie, inițial – a fost propusă de Hempel. Psihiatria le-a adoptat pentru prima dată prin criteriile operaționale propuse de școala din St. Louis (1972) și apoi prin sistemul DSM-III, în care au fost aplicate și tulburările de personalitate. Ele descriu prototipuri în manieră politetică.

În cadrul DSM-III, DSM-IV și ICD-10 a fost adaptată caracterizarea tulburării de personalitate în manieră categorială – prototipic-politetică. O circumscriere poate fi monotetică, situație în care o condiție, un criteriu, e suficient și necesar pentru includerea în diagnostic. Circumscrierea politetică presupune un prototip – o clasă tipologică – ce se definește prin reunirea unui număr finit de criterii asemănătoare, apropiate, care au „un aer de familie” comun, dar pentru care nu se cere o fundamentare unică explicită, un criteriu esențial – ca în cazul tipului ideal – și nici o coerență internă strictă. O cazuistică ce face parte dintr-o familie prototipic-politetică are majoritatea caracteristicilor asemănătoare, dar nu toate. Prezența unui anumit număr minim – precizat – din totalul criteriilor prevăzute e suficientă pentru includerea în diagnostic. Apare, astfel, o caracterizare a unei categorii de tulburări de personalitate care, în principiu, e categorial-tipologică, dar are la bază mai multe criterii asemănătoare, nu toate necesare. Faptul sugerează o deschidere parțială spre o viziune dimensională. Ca urmare, cazuri care au în comun doar o parte dintre trăsături pot avea același diagnostic; o serie de criterii se pot întâlni, explicit sau mascat, în lista de criterii a mai multor categorii.

Prototipul circumscris politetic permite ca o colecție mai largă de cazuri să fie cuprinse sub același diagnostic-umbrelă.

Instituirea caracterizării unui prototip printr-un număr de itemi dintre care doar câțiva sunt necesari pentru diagnostic se face prin convenție, prin votul democratic al unei echipe de experți.

Sistemul are avantaje și dezavantaje. Dintre dezavantaje, enumerăm :

- lipsa limitelor clare dintre categorii. Un sistem de clasificare e considerat cu atât mai bun, cu cât categoriile sunt mutual exclusive și dacă tinde spre exhaustivitate, ceea ce nu e cazul în sistemele existente. Toate cercetările arată că numărul cazurilor aparținând mai multor categorii este mai mare decât cel aparținând unei singure categorii, iar numărul celor din categoria „alte forme” este mare ;
- lipsește orice criteriu de fundamentare nu numai a fiecărei clase, ci și a numărului categoriilor. Trimiterea „la bolile psihice” și „experiența clinică cazuistică” nu sunt convingătoare și suficiente, ultima necesitând și ea criterii de identificare ;
- „acordul democratic” – convenția la care se ajunge – poate fi acceptat de unii și contestat de alții.

Deși se declară ateoretic, sistemul introduce pe ușa din dos tipurile structurate în cadrul anumitor doctrine, deoarece includerea s-a făcut prin vot democratic, iar practicienii nu sunt neutri doctrinar. Astfel, pentru DSM-IV (după Livesley) : diagnosticul personalității histrionice își are originea atât în modelul psihiatric clasic al dezvoltării psihosexuale, cât și în fenomenologia clasică privitoare la isteric. TP schizotipală se corelează cu ideea lui Kraepelin referitoare la formele fruste de psihoză – în cazul acesteia, schizofrenia. Personalitatea de tip borderline și narcisică au bazele în gândirea psihanalitică mai recentă (Kernberg și Kohut). Personalitatea evitantă descinde din concepția învățării sociale a lui Millon. TP antisocială împrumută mult din doctrina psihopatului sociopat. Această combinație de tipuri ce provin din modele conceptuale diverse face ca distincția între categorii să nu fie întru totul clară, acoperirea între ele, considerabilă, și reproductibilitatea, deficitară. Ideea unui sistem ateoretic este ambițioasă, dar rezultatele practice lasă loc multor probleme.

Cu toate insuficiențele menționate mai sus, sistemul categorial-prototipic se menține, deoarece este ușor de aplicat, e în consens cu experiența curentă a clinicienilor psihiatri, facilitează comunicarea între aceștia și este singura bază pentru cercetări științifice, fie ele epidemiologice, sau pentru studierea corelației între Axele I și II.

Față de deficiențele actualului sistem categorial, s-au căutat soluții, însă altele decât descrierea și acceptarea de noi tipuri. Astfel, de exemplu, Millon, care acceptă tulburarea de personalitate ca o tulburare psihiatrică alături de reacțiile circumstanțiale și „sindroamele complexe”, propune ca, păstrându-se tipologia existentă – inclusiv cea descrisă în ediții precedente sau propuse pentru o nouă ediție a DSM-V –, să se descrie în plus „subtipuri” pentru fiecare categorie. De exemplu, în cazul TP dependentă, autorul descrie următoarele subtipuri : dependentul neliniștit, imatur, ineficient, dezinteresat.

Fiecare dintre acest subtipuri beneficiază de o descriere prototipică, apropiată de tipul ideal sau de cazul tipic exemplar. Descrierea subtipurilor nu e ghidată de principii teoretice, ci de experiența clinică a autorilor competenți. De altfel, în ultimul timp se pune un accent tot mai mare pe experți care au experiență de zeci de ani de activitate cu tulburările de personalitate și pot descrie astfel de cazuri – subtipuri – prototipice. Demersul lui Millon este interesant și util, dar e lipsit de limită, fiecare subtip putând fi diferențiat în alte subtipuri ș.a.m.d. Autorul face însă și demersul invers, încercând să circumscrie fiecare categorie tipologică printr-o descriere standardizată, care implică aceiași parametri în specificitatea lor la fiecare tip, constituindu-se astfel o suită de tipuri ideale.

Alternativa cea mai agreeată în prezent față de insuficiențele sistemului categorial-prototipic este utilizarea sistemelor dimensionale. Aceasta a evoluat în paralel cu tendința opusă, de reunire a categoriilor în câteva mari clase.

6.4. Clustere și dimensiuni în descrierea și sistematizarea tulburărilor de personalitate

În direcția opusă fragmentării în subtipuri se plasează atitudinea de reunire a categoriilor de tulburări de personalitate în grupe mai mari, în clustere. DSM-IV propune trei clustere :

- clusterul A (straniu, bizar) : TP schizoidă, schizotipală, paranoidă ;
- clusterul B (flamboiant) : TP antisocială, de tip borderline, histri-
onică, narcisică ;
- clusterul C (retras) : TP evitantă, dependentă, obsesiv-com-
pulsivă (se adăugă TP depresivă).

Aceste clustere nu au o argumentare teoretică sau factologică, ci rezultă mai degrabă din impresia clinică, din elementele generale de caracterizare. Totuși, gruparea în aproximativ trei-cinci clustere rezultă din foarte multe cercetări, inclusiv din cele făcute în perspectivă dimensională.

Abordarea dimensională a tulburărilor de personalitate încearcă să facă față criticilor ce s-au adus celei categorial-prototipice. Ea pleacă de la dimensiuni sau grupări cu trăsături constante ale personalității, care pot fi mai mult sau mai puțin accentuate la un caz dat. Se stabilește astfel un continuum cu normalitatea, tulburarea de personalitate plasându-se la una dintre extreme. Această abordare nu anulează necesitatea unei caracterizări generale a tulburărilor de personalitate.

Livesley (2001) insistă asupra acestei probleme cel mai mult ; ideile sale privitoare la caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate au fost deja invocate în acest capitol. Autorul consideră că astfel s-ar putea aplica un diagnostic psihiatric de tulburare de personalitate similar cu orice alt diagnostic.

În prezent, funcționează mai multe modalități de sisteme dimensionale :

- cercetări ce implică sisteme de evaluare a personalității din perspectiva trăsăturilor, care nu își au originea în psihopatologie, ci în psihologia persoanei, fiind secundar aplicate tulburărilor de personalitate. În această direcție, foarte utilizată în prezent e teoria celor cinci mari factori. De menționat că, în această perspectivă, nu a fost ignorat studiul cazuistic bazat pe experiența clinicienilor. Astfel, Widiger solicită psihiatrilor cu experiență în studierea tulburărilor de personalitate să-și descrie cazurile conform categoriilor din DSM-IV, în termenii FFM și cu inventarul NEO-PI-R, în scopul trasării unor profiluri bine conturate ;
- cercetări ce au în vedere personalitatea în ansamblu, dar sunt elaborate de psihiatri, așa cum e sistemul celor șapte factori al lui Cloninger, care își are punctul de plecare în evaluarea temperamentului ;
- cercetări făcute de psihiatri care pornesc de la tulburările de personalitate și sistemele categoriale descrise de-a lungul timpului sub formă de sisteme și cazuri – reținând trăsăturile de caracterizare a acestora –, exprimate în limbaj calificativ. După studiul semantic se trece la evaluarea cazurilor clinice de tulburări de personalitate și a normalilor de către persoane cu experiență ; se reține un număr de trăsături importante, fundamentale, de caracterizare a tulburărilor de personalitate. Acestea se raportează la persoanele normale. În tot demersul intervine prelucrarea statistică. Prin aceste trăsături se pot caracteriza dimensional tulburările de personalitate. Se caută corespondența între caracterizarea dimensională și cea categorială. În plus, cazuistica sistematizată dimensional în urma analizelor statistice, se grupează, de obicei, în câteva clustere, la fel ca și cea sistematizată categorial.

Această metodologie a fost aplicată inițial de Tyrer (1978), reținându-se 24 de trăsături din care rezultă 13 categorii de tulburări de personalitate. Sistemul a fost adaptat în DSM-IV și ICD-10.

Cazuistica se grupează în patru clustere, dintre care trei sunt cele ale DSM-IV și unul TP anancastă.

Același tip de metodologie o aplică Livesley *et al.* (1987), ajungând la 18 dimensiuni, fiecare subdivizată în „fațete” (așa cum sunt și dimensiunile FFM). Acestea pot caracteriza dimensional tulburările de personalitate, care se grupează în trei clustere importante, la care se adaugă încă unul. Aceste clustere sunt :

1. instabilitatea generală a comportamentului : dezorganizare pervasivă care implică procese perceptuale și cognitive instabile și distorsionate, un slab control al impulsurilor, lipsa conformării sociale, nevoia de stimulare ;
2. retragere socială : evitarea contactelor sociale generale, probleme de intimitate, expresie redusă a afectului, evitarea autodezvăluirii ;
3. dependență : bazare excesivă pe impulsurile din mediul exterior pentru menținerea stimei de sine și pentru o funcționare eficientă ;
4. compulsivitate : ordine, meticulozitate, conștiinciozitate și nevoia de a fi constant activ.

Modelul ierarhic ce cuprinde supraclase (clustere), clase tipologice (prototipice), dimensiuni și, eventual, fațete ale acestora este un mod de gândire destul de mult agreat în prezent, pentru a flexibiliza sistemul strict categorial, alături de descrierea de subtipuri. Trebuie menționat că o altă supraclasă – sau cluster – îl constituie și ceea ce se înțelege în prezent prin „psihopatie”, adică zona de tulburare de personalitate ce prezintă o majoră devianță socială, agresivitate și criminalitate, fiind predominant întâlnită în penitenciare.

6.5. Diagnosticul generic al tulburării de personalitate

Perspectiva tipologico-caracterială a tulburărilor de personalitate face parte integrantă din caracterizarea și diagnosticul acestora. Problema severității se ridică și la acest nivel. De fapt, ea se plasează în continuarea temei gravității tulburărilor de personalitate, în general, ca o detaliere a acesteia. Dacă se face diferențierea între a) stil personal ; b) trăsături accentuate și probleme minore ; c) tulburări de personalitate standard și d) tulburări grave de personalitate – aspectul care interesează în primul rând e cel al tulburării standard. Întrebarea ce se pune este dublă : 1) „Există la persoana dată o tulburare de personalitate, astfel încât ea să poate fi caracterizată ca atare și să se pună un «diagnostic» de tulburare de personalitate ?”. Dacă da : 2) „De ce tip este această tulburare, în ce categorie tipologică intră ?”. În formula standard, se imaginează o tulburare de personalitate de un singur tip : paranoidă, histrionică, evitantă etc. Frecvent sunt necesare clasificări. Unii autori propun ca, dacă se identifică trei categorii, să se vorbească deja de TP nediferențiată. Desigur, un om poate avea, ca stil și trăsături de personalitate accentuate, care nu ridică probleme majore de adaptare sau de comportament disfuncțional interpersonal și social. O caracterizare tipologică multiplă ar impune precizarea că trăsăturile din fiecare clasă menționată participă la comportamentul disfuncțional sau că acest comportament disfuncțional – rigid, constant, maladaptativ în diverse situații – este cauzat de trăsăturile unui singur tip, iar cele ce sunt specifice altui tip reprezintă doar trăsături accentuate ? De exemplu, ceea ce definește un caz e TP de tip borderline, dar aceasta are și unele trăsături histrionice. Sau, e o TP anancastă ce are și trăsături dependente etc.

Tulburările de personalitate grave, care necesită supraveghere socială aproape continuă, pot fi și ele centrate pe un tip sau caracterizate prin trăsături de mai multe tipuri.

Oricum, un diagnostic de tulburare de personalitate nu se poate pune doar pe baza identificării unor trăsături de personalitate accentuate sau chiar intens manifeste, fără îndeplinirea criteriilor generale pentru tulburările de personalitate.

6.6. Problema compensării tulburărilor de personalitate

Tulburările de personalitate dacă nu sunt de foarte mare intensitate pot fi compensate mult timp sau chiar toată viața prin mecanisme spontane psihosociale. Astfel, un mare dependent poate să nu devină nicicând evident, dacă trăiește alături de o persoană sigură și dominatoare sau într-o ambianță socială protectivă. Modele de compensare se pot realiza în diverse planuri: interpersonal, familial, prin profesie, activitate socială, politică, religie, hobby-uri, sporturi extreme. De asemenea, particularități ale culturii, ale modului de organizare socială, existența unor subgrupe sau minorități cu obiceiuri speciale pot atrage și compensa persoane cu tulburări de personalitate. Acestea se mai întâlnesc în populația penitenciarelor, a delincvenților neidentificați, a *homeless*-ilor, în unele zone ale armatelor, ale exploratorilor. Situații sociale speciale, ca revoltele și războaiele, emigrația și imigrația, pot fi, de asemenea, factori compensatori. În plus, o persoană inteligentă cu tulburare de personalitate își poate compensa singură unele trăsături, își poate construi o persoană secundă, mai adaptată societății. Compensări se pot obține și prin tratamente medicamentoase și psihoterapie.

Trebuie conștientizat faptul că problema persoanelor cu structuri și comportamente excentrice anormale, și chiar deviate, nu reprezintă doar o problemă a psihiatriei și psihopatologiei, ci una a antropologiei în general. Perspectiva medico-psihiatrică trebuie să fie într-un permanent dialog cu o perspectivă antropologică a persoanelor

anormale, deviate, care nu e constituită însă ca o „specialitate” științifică profesională bine definită, care să își aibă specialiștii săi, corpul său doctrinar, limbajul specific, circumscriverile și etichetările, câmpul de investigație, partenerii săi etc. În aceste condiții, psihiatrii care se ocupă de tulburările de personalitate nu au decât ocazional parteneri de dialog competenți, din partea personologilor și a specialiștilor în antropologia generală.

Capitolul 7

Modelul dimensional al tulburărilor de personalitate

În medicina psihiatrică este utilizat în prezent, pentru diagnostic și cercetare, sistemul categorial al tulburărilor de personalitate, așa cum e prezentat în DSM-IV și ICD-10. Acesta precizează un număr finit de clase tipologice (în ICD-10 adăugându-se „și altele...”) care pot fi utilizate în cazul prezenței criteriilor generale. Sistemul categorial-prototipic este politetic, pretinzând prezența unui minim din totalul criteriilor ce caracterizează o clasă, fapt ce exprimă o vagă tendință spre dimensionalitate. Avantajele recunoscute ale sistemului categorial sunt următoarele :

- orientează rapid caracterizarea, sugerând tipul de probleme ce le poate ridica ;
- ușurează înțelegerea între specialiști ;
- relațiile dintre Axa I și Axa II ale diagnosticului pot fi identificate mai ușor sprijinindu-se cercetarea științifică privitoare la etiopatogenie, comorbiditate, epidemiologie, tratament, evoluție, prognostic.

Limitările sistemului categorial (Widiger, 1991 ; 1992 ; 2000 ; 2005 ; Livesley, 2000 ; 2001), deja menționate, sunt :

- excesiva concurență a diagnosticelor, majoritatea cazurilor întrunind criterii pentru două, trei sau chiar mai multe categorii. S-au propus soluții în sensul stabilirii unei categorii dominante și a uneia secundare sau al acceptării unei singure categorii, dar nu există un consens în această direcție. Totuși, criteriile pentru diverse categorii pot avea diverse intensități – în sensul participării la disfuncția socială –, unele fiind majore, iar altele minore, fapt ce s-ar cere precizat ;
- eterogenitatea persoanelor cu același diagnostic. Faptul e acceptat din principiu de sistemul categorial politetic, de vreme ce, pentru diagnostic, e nevoie ca doar câteva criterii să fie satisfăcute. Uneori, diferențele între persoanele cu același diagnostic sunt destul de mari. Millon a propus și a descris pentru fiecare categorie mai multe subtipuri. Acest demers poate însă continua fără o limită precisă ;
- limite instabile, arbitrare, ce sugerează inconsistența diagnosticului. Pentru unele tulburări de personalitate, se cer a fi îndeplinite patru criterii din șapte, la altele, cinci din opt. Nu există o unitate criteriologică pentru toate tulburările de personalitate, în sensul de a se urmări felul în care se manifestă la fiecare aceleași instanțe ale personalității (de exemplu : afectivitatea, autocontrolul, raportarea interpersonală). Modificarea numărului de criterii poate muta cazul de la diagnostic la non-diagnostic ;
- acoperirea inadecvată a domeniului. La toate edițiile DSM s-a constatat un număr important de cazuri ce nu pot fi diagnosticate prin categoriile propuse, fiind plasate în rubrica „la altele”. Aceasta se adaugă faptului că tipurile descrise în diverse ediții ale ICD și DSM nu se suprapun decât parțial, fapt ce face dificilă o evaluare longitudinală.

În fața unor astfel de probleme, a câștigat teren ideea abordării dimensionale a tulburărilor de personalitate (Clark, 1997 ; Dehelean, P., 2005 ; Dehelean, M., 2005).

În primul rând, dimensionalitatea a fost gândită în interiorul sistemului categorial prototipic, dezvoltându-se potențialul dimensional al acestora. O sugestie a fost ca, menținându-se sistemul categorial, să se facă inventarul trăsăturilor care sunt dezadaptative. Tulburările de personalitate ar putea fi caracterizate ca prototipice – dacă toate criteriile de diagnostic sunt prezente –, moderat prezente – dacă unul sau două criterii depășesc pragul –, de nivel liminar – dacă criteriile se limitează la prag –, subliminar – dacă sunt prezente trăsături dar sub prag –, absente – dacă nici un criteriu nu e prezent (Oldham și Skodal, 2000). Dacă pacientul prezintă criterii pentru trei sau mai multe categorii, se propune să se aplice diagnosticul de „tulburare de personalitate extensivă”.

Westen și Shedler (2000; 2003) propun, de asemenea, să se mențină sistemul categorial, fiecare dintre categorii fiind evaluată pe o scală cu cinci puncte. Categoriile ar urma să fie reprezentate de o descriere narativă a unui caz tipic care nu se limitează la opt sau nouă criterii, ci e amplu desfășurată. Evaluarea se face cu 1 – dacă descrierea nu se aplică; cu 2 – dacă sunt prezente doar puține aspecte; cu 3 – dacă sunt prezente destule trăsături semnificative; cu 4 – dacă pacientul corespunde tulburării; cu 5 – pentru cazul în care pacientul exemplifică tulburarea. Autorii propun ca instrument de lucru SWAP-200 (Shedler Western Assessment Procedure-200), ce conține 200 de criterii de diagnostic.

În afara acestor sugestii de organizare dimensională a sistemului categorial, s-a propus și reorganizarea dimensională a trăsăturilor caracteristice ale tulburărilor de personalitate. Tyrer și Alexander (1979) analizează tulburările de personalitate în literatura de specialitate, precum și în toate edițiile ICD și DSM, reținând o listă de trăsături mereu identificate și utilizate în caracterizarea acestora. Lista lor a fost redusă – pe baza contingentei, suprapunerii și frecvenței – la 24 de trăsături. Acest diagnostic se face pe baza unui interviu semi-structurat (PAS). Tyrer optează pentru continuitatea între trăsăturile

persoanei normale și ale celei dizarmonice, diferența constând, în primul rând, în intensitatea trăsăturilor dezadaptative. Acestea – sub o formă puțin exprimată – se întâlnesc și la persoane normale.

Livesley (1985), analizând literatura tulburărilor de personalitate, ajunge, de asemenea, la un număr de trăsături anormale pe care le reduce la 18 dimensiuni fundamentale. Acest model stă la baza unui chestionar pentru identificarea tulburărilor de personalitate (DAPP-BQ). Cazuistica astfel diagnosticată se distribuie în patru mari clustere.

Clark (1993) procedează în mod similar. Sunt analizate criteriile de diagnostic al tulburărilor de personalitate din DSM-III-R și literatura de specialitate și se ajunge la 22 de clustere simptomatice, care conduc la 12 dimensiuni ale funcționării maladaptative ale personalității. Acestea sunt investigate cu un instrument de auto-evaluare – Snap (Clark, 1993) – și sunt raportate la trei factori de înalt ordin, sugerați de Westen (1999): *afectivitatea negativă*, *afectivitatea pozitivă* și *constrângerea*.

Siever și Davis (1991) sugerează o coocurență între tulburările de personalitate și tulburările Axei I, în ideea că nu există granițe semnificative între cele două axe. Se caută și se sugerează un continuum între fiecare categorie de tulburare de personalitate și o tulburare clinică episodică, evidențiindu-se patru spectre clinice. De fapt, se consideră că atât tulburările de personalitate, cât și marile sindroame psihopatologice își au corespondent în structuri ale funcționării normale ale psihismului. Suport empiric a fost găsit însă doar pentru două dimensiuni fundamentale: *internalizarea* și *externalizarea* (Kruger și Tuckett, 2003).

O altă perspectivă din care ideea dimensionalității a fost aplicată la tulburările de personalitate e cea a modelelor dimensionale de funcționare generală a personalității în normalitate. Acest demers a fost întreprins datorită evidenței că nu există limite clare între tulburările de personalitate și funcționarea normală a persoanei, iar pe de altă parte, că simptomatologia de tipul celei întâlnite în

tulburările de personalitate se întâlnește frecvent, chiar dacă mai puțin exprimată, în viața obișnuită. E subliniată insistent ideea că universul dimensional al normalității și anormalității pare a fi, până la un anumit punct, același. Cele mai importante direcții sunt:

- modelul celor cinci mari factori (Five Factor Model – FFM). Geneza acestuia și principalele caracteristici au fost prezentate, iar detaliile care vizează aplicarea la tulburările de personalitate vor fi prezentate în continuare. Pentru moment, subliniem că, în prezent, este cel mai agreat și solicitat model dimensional, aplicat atât în evaluarea dimensională a caracterului persoanei normale, cât și în evaluarea dimensională a tulburărilor de personalitate. El s-a dovedit compatibil cu toate celelalte sisteme dimensionale importante. A fost dezvoltat în direcția unei terminologii adecvate pentru tulburările de personalitate. Există deja descrieri ale categoriilor tulburărilor de personalitate din DSM-IV-TR, în termenii FFM, procesul de studiere a aplicării acestei metodologii fiind în curs, iar FFM fiind principalul candidat pentru o versiune dimensională a tulburărilor de personalitate în viitorul DSM-V;
- circumplexul relațiilor interpersonale a fost și el deja menționat în continuarea concepției interpersonale a lui Sullivan și va fi reluat, cu aplicări la tulburările de personalitate, în paragrafele următoare. El pune accentul pe un aspect esențial al tulburărilor de personalitate – cel al distorsiunii relațiilor interpersonale. Are avantajul de a se articula bine cu teoriile developmentale ale personalității, în special cu teoria atașamentului a lui Bowlby. Un alt avantaj este că oferă o structură, câteva coordonate teoretice care ordonează factologia.

Un model original este cel cu șapte factori, elaborat de Cloninger. Dintre aceștia, primii patru descriu temperamentul pe baza unei ipoteze ce face corelații cu neurotransmițătorii cerebrali. Autorul îi numește „căutarea noutății”, „dependența de recompensă”, „evitarea

traumei” și „persistență afectivă”. Cei trei factori ai caracterului sunt numiți: „autodirecționare”, „cooperare” și „autotranscendență”. Sistemul poate descrie tulburările de personalitate și se adaptează modelului categorial din DSM-IV.

Un aspect interesant al sistemelor dimensionale este faptul că acceptă sau chiar sugerează o organizare ierarhică (Clark, 1977). Se are în vedere un nivel bazal al trăsăturilor anormale, patologice, dezadaptative, trăsături al căror număr e limitat și precizat în fiecare sistem. O anumită configurație a acestora dă profilul de stil tipologic al unei anumite tulburări de personalitate. Se are în vedere posibilitatea raportării acestora la sistemele categoriale. Trăsăturile de bază se diferențiază însă mai departe în trăsături detaliate, care apar circumstanțial sau doar din anumite puncte de vedere, ca „fațete”. În diverse sisteme, fațetele sunt analizate distinct și explicit. Pe de altă parte, la o analiză mai atentă, ansamblul trăsăturilor anormale de bază apare ca tinzând să se organizeze în puține clase sau clustere de mare generalitate (Widiger, 2005).

Toate sistemele dimensionale cuprind un domeniu de tipul extroversiei sau afectivității pozitive. Un alt domeniu comun este cel al agresivității, al relațiilor interpersonale antagoniste, disociale. Sistemele care nu reprezintă bine un astfel de domeniu nu au elaborat scale pentru a-l identifica. Tot de mare generalitate mai sunt: domeniul constrângerii, compulsivității, conștiinciozității, al controlului și reglării comportamentului, precum și domeniul disreglării emoționale, care în FFM e indicat prin termenul *neuroticism*. Aceste patru domenii se regăsesc în FFM, care mai cuprinde încă unul: pe cel al deschiderii spre experiență. Dar acesta din urmă, care nu e bine reprezentat printre sistemele dimensionale ce abordează tulburările de personalitate, e cel mai puțin consistent domeniu și în cadrul FFM. Se ajunge, în final, la concluzia că, indiferent de teoria și instrumentul care abordează personalitățile normale sau patologice, există o structură subiacentă care e evidențiable și care gravitează

în jurul a patru dimensiuni sau domenii ale personalității. Această convergență ce rezultă din diversele doctrine și cercetări empirice este de alt tip decât categoriile prototipice ale sistemelor de diagnostic actuale, care au ca singur suport corelațiile lor tradiționale cu psihiatria clinică.

Utilitatea abordării dimensionale rezultă mai ales din varietatea trăsăturilor de nivel bazal, care sunt puse în joc de diverse sisteme. Acestea oferă o descriere multifacetată și complexă a persoanei în cauză, scoțând-o de sub o simplă etichetă caracterizantă. Din acest punct de vedere, diverse sisteme de evaluare dimensională au, de obicei, un limbaj diferit.

Modelele dimensionale au avantajul de a prezenta, la fiecare persoană în parte, și trăsăturile adaptative, și cele dezadaptative. Faptul are importanță pentru proiectarea tratamentului și o mai adecvată înțelegere a prognosticului. De asemenea, se depășește dilema ce apare în cazul prezenței la o persoană cu tulburări de personalitate a trăsăturilor din mai multe categorii, cea a cazurilor neclarificate într-un sistem și cea a tranzițiilor între normalitate și anormalitate. De-a lungul timpului, dinamica particularităților persoanei poate fi și ea mai bine înțeleasă. De asemenea, e ușurată colaborarea cu psihologii, psihoterapeuții și ansamblul persoanelor angajate în proiecte de sănătate mintală.

Evaluările experților indică faptul că un diagnostic dimensional al personalității nu consumă mai mult timp decât unul categorial. Dificultatea constă în faptul că clinicienii sunt obișnuiți cu limbajul psihiatric și că există o importantă rezistență în adaptarea la un nou limbaj și la o nouă concepție.

Problema abordării dimensionale a tulburărilor de personalitate nu se pune în prezent în termeni disjunctivi față de cea categorială. O combinare a acestor perspective a fost mereu propusă (Gunderson, 1991). Tradiția îndelungată a viziunii categoriale, ușurința pentru comunicare și cercetare vor menține probabil prezentă un timp

apreciabil abordarea categorială. Tendința actuală este însă ca aceasta să fie dublată de una dimensională, atât în practica diagnosticului și a terapiei, cât și în cea de cercetare. În plus, abordarea dimensională este elastică, deschisă spre nou și inovație și asigură un plus de respect pentru persoana aflată în atenția serviciilor de sănătate mintală, îndepărtând pericolul stigmatizării.

În continuare, vor fi prezentate câteva sisteme și câțiva autori care au pus accentul pe abordarea dimensională a tulburărilor de personalitate.

Modelul celor cinci mari factori

În abordarea tulburărilor de personalitate, în ultimele două decenii a câștigat mult teren teoria celor cinci mari factori (Five Factors Theory – FFT – sau Five Factors Model – FFM). Aceasta deoarece :

- este o abordare dimensională ce susține continuumul cu normalitatea. Pentru normalitate este cea mai răspândită, acceptată și testată doctrină caracteriologică a trăsăturilor de personalitate în lumea anglo-saxonă, dar cu validări și în alte arii lingvistice (John, 1999) ;
- permite evidențierea concomitentă a trăsăturilor anormale, deviate, maladaptative ale tulburărilor de personalitate și ale celor normale, firești, adaptative, scoțând în relief zona „sănătoasă” a persoanei, pe care se poate conta în proiectul terapeutic și de management (Widiger, 1991) ;
- permite clasificarea diferențelor dintre tulburările de personalitate cu același diagnostic categorial (Widiger, 2001) ;
- permite evaluarea nuanțată a personalității, în cazul în care sindroame psihopatologice sunt sau au fost prezente pe Axa I.

În prezent, cei cinci mari factori (extroversia, agreabilitatea, deschiderea spre experiență, nevroticismul și conștiințiozitatea) sunt evaluați cel mai des cu chestionarul de autoevaluare NEO-PI-R al lui Costa și McCrae (1992). Acești autori și-au început studiile în 1980

și au creat un chestionar care, inițial, evalua doar trei factori, dar varianta din 1992 a NEO-Personality Inventory (NEO-PI) se referă la toți cei cinci factori. Pentru fiecare factor se urmăresc șase fațete, astfel încât, în total, sunt 30 de scale.

În evaluarea caracteriologică a persoanei din perspectiva FFT, este clasică și lista adjectivelor a lui Goldberg, care are o variantă cu adjective bipolare și una cu 100 de adjective monopolare, ce descriu trăsăturile – TDA (Goldberg, 1992).

Chiar înainte de 1990, Wiggins și Pincus s-au preocupat de corelația dintre simptomatologia tulburărilor de personalitate și FFM (după Coker, 2001). Până în 2002, au fost publicate peste 50 de studii în această direcție și a apărut o monografie pe această temă (Costa și Widiger, 2002). Cercetările au indicat că ambii poli ai celor cinci domenii ale FFM conțin cel puțin unele forme de maladaptabilitate. Nevroticismul accentuat e corelat cu TP de tip borderline, iar cel scăzut, cu TP narcisică și cu psihopatia. Introversia e corelată cu trăsăturile TP schizoide și evitante, iar extroversia, cu TP histrionică. Antagonismul e asociat cu TP antisocială, de tip borderline, paranoidă, narcisică, iar agreabilitatea, cu TP dependentă. Conștiințozitatea scăzută e în mod consistent asociată cu TP antisocială, pasiv-agresivă, de tip borderline și paranoidă, dar e crescută la TP obsesiv-compulsivă. Majoritatea studiilor s-au făcut cu NEO-PI-R, dar a fost utilizată și lista celor 100 de adjective a lui Goldberg (1992). Astfel, Coker (2001) găsește că fiecare categorie descrisă în DSM-IV poate fi caracterizată printr-un set separat de adjective din lista lui Goldberg. Widiger (1998) analizează felul în care – pentru psihopatie – fiecare dintre cei 20 de itemi ai listei de identificare a acesteia prin instrumentul PCL-R a lui Hare, poate fi analizat în termenii FFM. De altfel, FFM, evidențiat prin NEO-PI-R, s-a dovedit a fi congruent cu toate sistemele dimensionale de evaluare a tulburărilor de personalitate (Widiger, 2000). Itemii din California Q-Set pot fi ușor înțeleși în perspectiva modelului celor cinci factori (McCrae,

Costa și Black, 1986). S-a dovedit o substanțială convergență între FFM și MMPI-2 Personality Psychopathology Five (PSY-S) (Trull *et al.*, 1995). Saltz *et al.* (1993) găsesc o bună corespondență între FFM și circumplexul interpersonal evaluat prin Inventory of Interpersonal Problems (IIP). Multe studii arată o semnificativă congruență între FFM evaluat prin NEO-PI și datele obținute prin chestionarul lui Livesley – DAPP-BQ. Ball *et al.* (1997) compară FFM cu modelul dimensional al lui Cloninger și Svrakic evaluat prin TCI, găsind o corespondență semnificativă.

Cu toate că există o bună corespondență între FFM evaluat cu NEO-PI-R și cu alte sisteme ce folosesc alte instrumente, în prezent se practică și studii care utilizează la aceeași cazuistică diverse modalități de evaluare. Astfel, Pukrop (2002) studiază TP de tip borderline prin evaluarea concomitentă din perspectiva FFM, a TCI (Cloninger) și a DAPP (Livesley). Krueger (2001) utilizează pentru evaluarea personalității, concomitent, NEO-PI-R, MMPI-2, MPQ, SNAP.

În 1994, Widiger *et al.* au dezvoltat profiluri ale FFM pentru caracterizarea fiecărei tulburări de personalitate din DSM-III-R. Ulterior, multe cercetări s-au dezvoltat în legătură cu aceste profiluri (Dyce și Connor, 1998; Trull, 2001). Începând cu 2001, Widiger *et al.* au construit profiluri ipotetice ale FFM pentru ediția a IV-a DSM. Adaptarea ridică și dificultăți, deoarece DSM-III și DSM-IV au fost construite astfel încât să pună accentul pe specificul comportamental al tulburărilor de personalitate, iar NEO-PI-R este un chestionar de autoevaluare în care accentul nu e pus pe comportamentul observabil. S-au făcut eforturi continue pentru a se construi profiluri FFM pentru categoriile din DSM-IV, pe baza opiniei experților în tulburările de personalitate în cazuri prototipice. Etape importante în acest efort sunt profilurile sintetizate prin cercetările lui Lyman și Widiger (2001), Sprock (2002), Samuel și Widiger (2004). Ultimul studiu menționat, care reunește opiniile a 154 de experți, totalizează 308 profiluri FFM pentru cazuri prototipice, evidențiind un foarte înalt consens. Faptul

sugerează că clinicienii pot conceptualiza și aplica FFM la tulburările de personalitate. Acest efort în direcția unor profiluri prototipice nu înlătură utilizarea NEO-PI-R, așa cum demonstrează cercetări recente (Morey *et al.*, 2002 ; De Clerq și De Fruyt, 2003 ; Sprock, 2002).

În cazul studiilor din perspectiva FFM privitoare la tulburările de personalitate s-au ridicat câteva probleme.

În perspectivă metodologică, evaluarea personalității după FFM se face cu NEO-PI-R, care e un chestionar de autoevaluare. O mare parte dintre evaluările tulburărilor de personalitate, categoriale, dar și dimensionale, se face prin interviuri semistructurate. Când tulburarea de personalitate este evaluată de clinician, acesta se bazează pe observația directă din timpul interviului, din perioada șederii în clinică, pe informațiile de la aparținători, pe dosarul cazului clinic psihiatric, iar, uneori, social-juridic. Prin urmare, setul de informație e mai mare. Sub aspect metodologic, s-au căutat puncte de convergență, în sensul că specialiști cu mare experiență în studiul tulburărilor de personalitate construiesc profiluri ale tulburărilor de personalitate în termenii proprii FFM și evaluează în acest mod cazurile. Astfel, o cercetare recentă (Sprock, 2002) solicită 500 de psihologi practicieni cu experiență în tulburările de personalitate să evalueze cazuri prototipice – ideale – în termenii FFM. Se constată că interpretarea în termenii celor 30 de fațete permite o mai bună conceptualizare, comunicare și planificare a tratamentului.

O altă problemă e cea a terminologiei, FFM și NEO-PI-R fiind concepute pentru persoane normale, a căror trăsături sunt exprimate într-un anumit limbaj, diferit de cel al psihopatologiei. Studii recente (Coker *et al.*, 2001) relevă faptul că fiecare dintre cei cinci factori conține, la fiecare dintre extremele sale, cel puțin sugestii pentru aspectele maladadaptative ale persoanei, care pot fi exprimate într-un limbaj corespunzător. Pentru aceasta, s-a apelat și la terminologia inventariată de Goldberg (1982) în perspectiva FFM (1 710 termeni !)

a datelor studiate de Sankir (1999), cu privire la dezirabilitatea socială. S-a ajuns la o listă de termeni ce indică aspecte indezirabile – potențial maladaptative – pentru fiecare dintre tulburările de personalitate ale DSM-IV, în perspectiva FFM.

În cadrul unui studiu longitudinal, Morey constată, analizând TP schizotipale, de tip borderline, evitante și obsesiv-compulsive – în comparație cu cazuri ce au avut un episod de depresie majoră, dar nu tulburări de personalitate – că sunt evidente diferențele – exprimate în perspectiva FFM – dintre personalitățile normale și cele patologice. Interesant e că, în acest studiu, diferențele dintre diversele categorii nu sunt foarte pronunțate.

Sistemul lui Cloninger

Autorul propune un sistem cu șapte factori, dintre care patru sunt temperamentali și trei caracteriali. Se impun patru dimensiuni care sunt denumite :

1. evitarea suferinței – corelată cu neurotransmisia serotoninergică ;
2. căutarea noului – corelată cu neurotransmisia dopaminei ;
3. dependența de recompensă – corelată cu neurotransmisia noradrenergică ;
4. persistența – corelată cu neurotransmisia mediată de glutamat.

Caracterul e considerat ca formându-se prin experiențe interpersonale și educative, corelate cu limbajul, sinele, memoria episodică și biografică, învățarea și conștiința, relaționarea cu alții și cu lumea, în general. El s-ar putea descrie bine prin trei factori : autodirecționarea, cooperarea cu alții și autotranscendența.

Se are în vedere ideea că fiecare dintre cele șapte trăsături poate avea scoruri înalte sau scăzute. Autorul etichetează variantele extreme ale factorilor temperamentali în felul următor :

Tabelul 7.1. *Variantele extreme ale factorilor temperamental*

Dimensiune	Scor înalt	Scor scăzut
Evitarea suferinței	Pesimist, temător, timid	Optimist, curajos, îndrăzneț
Căutarea noului	Explorator, deschis, cald, afectuos	Energic, rezervat, deliberativ, stoic
Dependența de recompensă	Întreprinzător, hotărât, entuziast, perfecționist	Detășat, rezervat, rece, independent
Persistență	Responsabil, cu scop, descurcăreț, autoacceptare, disciplinat	Leneș, indecis, delăsător
Autodirecționare	Simțitor, empatic, săritor, plin de compasiune, principal	Se autoblamează, lipsit de scop, pasiv, doritor să se schimbe, nedisciplinat
Cooperativitate	Imaginativ, intuitiv, acceptant, spiritual, idealist	Intolerant, imprevizibil, egoist, răzbunător, oportunist
Autotranscendență		Convențional, logic, neîncrăzător materialist

Împreună cu Przybeck și Svrakic, Cloninger (1994) a construit un instrument de evaluare a personalității: The Temperament and Character Inventory (TCI). Acesta este un chestionar de autoevaluare cu 240 de itemi, la care se răspunde cu „Da” sau „Nu”. Chestionarul este construit pentru a decela tulburările de personalitate în perspectiva unui continuum cu personalitatea normală. Sistemul oferă o descriere amănunțită a valorilor pozitive și negative ale dimensiunilor. Pentru „căutarea noului”, de exemplu, sunt avuți în vedere 40 de itemi, distribuiți în patru domenii: excitabilitatea exploratorie vs rigiditate stoică (11 itemi); impulsivitate vs reflexie (10 itemi); extravaganță vs rezervă (9 itemi); dezordine vs disciplină (10 itemi).

În perspectiva aplicării sistemului la tulburările de personalitate, se consideră că acestea pot fi caracterizate, în general, prin deficiențe

în planul caracterului, iar distorsiunile în planul temperamentului configurează aspectul tipologic. Toate categoriile tulburărilor de personalitate s-ar caracteriza, în sensul TCI, prin valori scăzute la autodirecționare, fapt ce corespunde unui slab control al impulsurilor și unei forțe scăzute a eului, iresponsabilității, deficienței de formulare și urmărire a scopurilor, incapacității de a se ajuta singur și unei scăzute autoacceptanțe. La fel, cei cu tulburări de personalitate au o slabă cooperativitate, manifestă printr-o proastă funcționare interpersonală, sunt intoleranți, egoiști, ostili, dezagreabili, răzbunători și oportuniști. Formele mai grave de tulburări de personalitate – mai ales cele de tip borderline – au și o slabă autotranscendență, ce constă în instabilitatea afectelor și a imaginii de sine. Aceste criterii generale ale tulburărilor de personalitate, pe care le conceptualizează și le relevă TCI, se suprapun cu cele precizate în DSM-IV, nuanțându-le.

Criterii pentru tulburarea de personalitate (după Cloninger)

Este un model (pattern) durabil de răspunsuri rigide la experiențe, ce duce, încă din adolescență, la comportament disfuncțional în relațiile sociale, la sentimente și gânduri maladaptative, concretizate în cel puțin două dintre cele patru trăsături de mai jos, fiecare dintre acestea având cel puțin trei itemi bifați.

Tabelul 7.2. *Criteriile diagnostice ale tulburărilor de personalitate (după Cloninger)*

1. Autodirecționare redusă	
1.1.	Iresponsabil: pentru cele mai multe probleme personale dă vina pe alte persoane sau pe circumstanțe.
1.2.	Lipsă de scop: îi lipsesc scopurile în viață sau simte că viața nu are nici un scop.
1.3.	Neajutorare: se simte înapt sau neajutorat.

1.4.	Slabă acceptare de sine : simte rușine sau vinovăție când îi sunt relevate greșelile sau manifestă vanitate excesivă când are succes.
1.5.	Slab control al impulsurilor : îi lipsește disciplina sau capacitatea de a amâna gratificarea prin plăceri trupești.
2. Cooperativitate redusă	
2.1.	Intoleranță : are prejudecăți sau este incapabil de a se înțelege cu oamenii care au puncte de vedere și proveniențe sociale diferite.
2.2.	Narcisic : îi lipsește empatia sau este incapabil să recunoască și să se identifice cu sentimentele și nevoile altora.
2.3.	Ostilitate : este argumentativ sau are dificultăți în a lucra cu alții într-o manieră prietenoasă, de într-ajutorare, ca parte a grupului.
2.4.	Răzbunător : îi place să se răzbune și să își ia revanșa sau este incapabil să îi ierte pe alții când simte că aceștia au greșit față de el.
2.5.	Oportunist : îi lipsesc principiile etice stabile sau profită de ceilalți atunci când are posibilitatea.
3. Stabilitate afectivă redusă	
3.1.	Anxietate : manifestă insecuritate marcată sau își face deseori probleme pentru evenimente minore.
3.2.	Iritabil : are dificultăți în a-și controla furia sau manifestă frecvent izbucniri temperamentale sau violente corporale.
3.3.	Invidios : e gelos sau deranjat deseori de succesul și averea altora.
3.4.	Nutrește ură : e vicios și crud sau dorește răul altora.
3.5.	Acru : e supărat pe toți și pe toate sau se simte deseori victimizat, folosit și exploatat de ceilalți.
4. Autotranscendență scăzută	
4.1.	Imagine de sine instabilă : nu are un stabil sens al sinelui sau este incapabil să admită defectele proprii.
4.2.	Perspectivă fluctuantă asupra vieții : privește mediul sau lumea, în general, ca fiind haotică și impredictibilă sau este incapabil să recunoască acele relații care să îi permită anticiparea problemelor.
4.3.	Gândire magică : percepțiile sale sunt marcat distorsionate de dorințe sau relațiile complexe sunt reduse la dihotomii simple ; de exemplu, bine/rău, tot/nimic...

4.4.	Sentiment de gol : are un sentiment cronic al golului interior sau separare de lume.
4.5.	Insensibilitate estetică : nu are un sens al frumosului sau nu trăiește revelația frumosului artistic.

Tulburare de personalitate :

- absentă : una sau nici una dintre cele patru trăsături nu are cel puțin trei itemi prezenți ;
- tulburare ușoară : două dintre cele patru trăsături au cel puțin trei itemi prezenți ;
- tulburare moderată : trei dintre cele patru trăsături au cel puțin trei itemi prezenți ;
- tulburare gravă : toate cele patru trăsături au cel puțin trei itemi prezenți.

În ceea ce privește tipurile „catoriciale” ale tulburărilor de personalitate, Cloninger susține că acestea pot fi interpretate ca variații ale dimensiunilor temperamentale. Caracterizarea lor generală poate fi vizualizată printr-un cub.

Sistemul lui Cloninger *et al.*, evidențiat prin TCI, este destul de mult utilizat în prezent în studiul tulburărilor de personalitate, din mai multe motive. În primul rând, e un sistem dimensional care permite o flexibilă articulare cu personalitatea normală. Spre deosebire de alte sisteme dimensionale, cum ar fi FFM sau circumplexul interpersonal, el oferă și o caracterizare generală a tulburărilor de personalitate, distinctă, până la un anumit punct, de cea tipologică. Referirea la temperament ca și componentă biologică a personalității permite și dezvoltarea de studii genetice. Sistemul, suficient de clar și precis, ierarhizat, vizualizat printr-un cub, dă o anumită siguranță cercetătorilor. Cele patru aspecte ale temperamentului se bazează pe o lungă tradiție. Termenii destul de variați folosiți de autori permit o corelare, cel puțin aproximativă, cu multe alte modele ale personalității. În sfârșit, Cloninger și-a dezvoltat în ultimul timp teoria sa

asupra personalității și în perspectivă spirituală, adăugând celor șapte dimensiuni trăiri speciale, fenomene *pick*, stări de transă, extaz, experiențe extrasenzoriale, trăiri spirituale – toate corelându-se cu o amplă tradiție antropologică, psihologică, religioasă, spirituală. În plus, a dezvoltat în această direcție și programe terapeutice, în scopul atingerii unor „stări de bine” (*well-being*) psihologice spirituale. Desigur, ultimul aspect nu are legătură cu tulburările de personalitate, depășind practic instrumentul TCI.

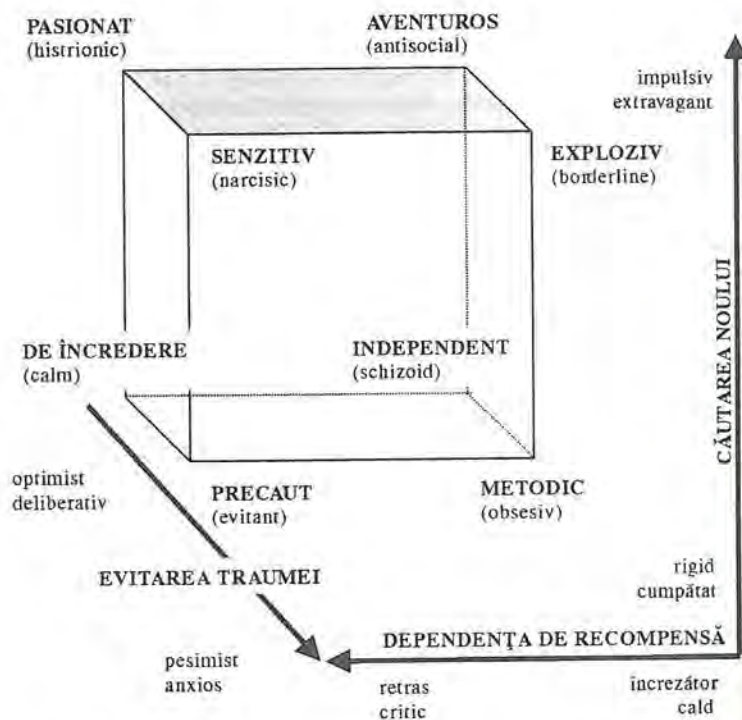


Figura 7.1. Caracterizarea tipurilor „categorice” ale tulburărilor de personalitate

Concepția și instrumentele de cercetare ale lui Cloninger și ale scalei sale au, desigur, limitele lor. Există o anumită rigiditate conceptuală și de construcție, care cu greu asimilează noi contribuții în interiorul sistemului. De asemenea, deși e conceput dimensional, aplicabilitatea acestui model la psihologia persoanei normale e relativ modestă și nu are o deschidere internă pentru a se amplifica.

Circumplexul interpersonal

Întreaga literatură tradițională și actuală consideră că nucleul sau aspectul specific pentru tulburările de personalitate se află la nivelul perturbării relațiilor interpersonale. Tulburările afective, cognitive, comportamentale și cele de control al impulsurilor se subordonează acestei perturbări, care se manifestă în cursul derulării vieții de zi cu zi. Încălcarea normelor sociale, problemele de statut și rol social și deficiențele etice sunt și ele stări articulate cu distorsiunea relațiilor interpersonale. În această direcție s-a dezvoltat ideea circumplexului interpersonal, care este o interpretare dimensională a modalităților de manifestare a persoanei în relațiile sale cu alții. Această interpretare are ca bază și psihologia gestaltistă a lui Levin, care sugera ideea de „câmp psihologic” (Wiggins, 1999). Sullivan a introdus noțiunea de *interpersonalism*, susținând că esențialul vieții psihice a omului se desfășoară într-un „câmp interpersonal”. Circumplexul constă dintr-un cerc pe care sunt notate atitudini interpersonale opuse. Se constituie astfel mai multe „cadrane”, ca la un ceas, ce pot defini felul constant în care un om se raportează la alții (McLemore, 1987). Circumplexul interpersonal (CIP) a fost dezvoltat mai întâi de echipa lui Leary (1997) și apoi de cercetători ca Pincus (1957), Wiggins (1971), Kiesler (1996). În prezent, cea mai utilizată este versiunea lui Wiggins, care folosește axele ortogonale concepute de Bakan:

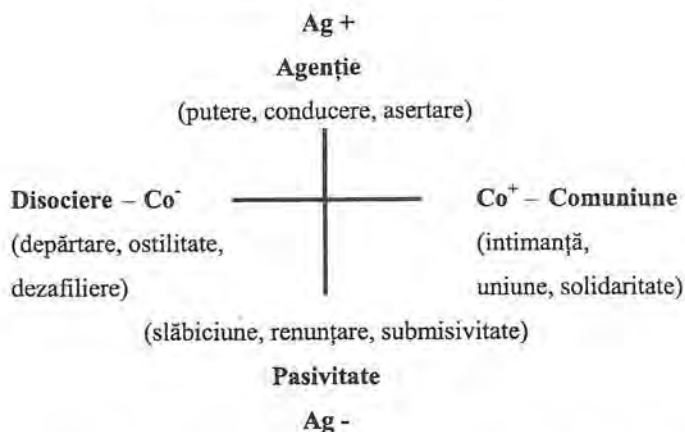


Figura 7.2. Axele ortogonale ale lui Bakan (după Wiggins, 1991)

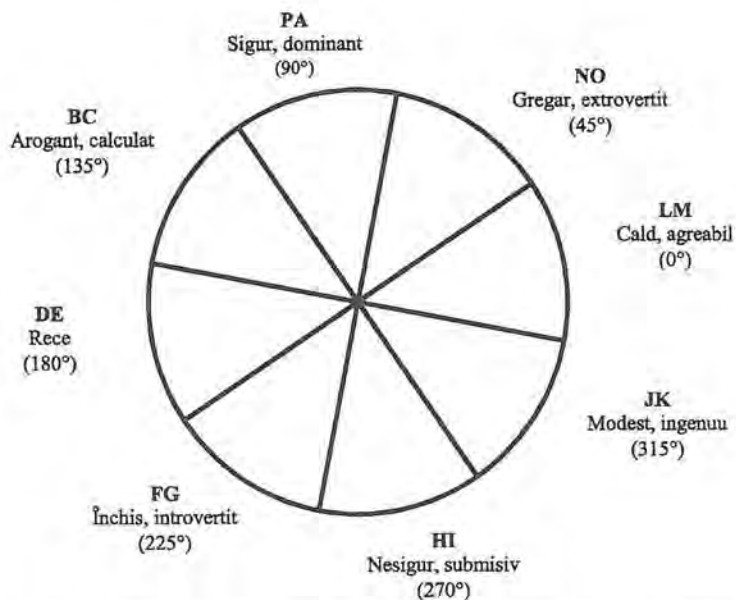


Figura 7.3. Circumplexul epitetelor interpersonale (după Wiggins, 1991)

Un om poate fi caracterizat prin valori mai mari sau mai mici în toate cadranele. Aceste variante pot dezvolta destul de bine persoana cu trăsături rigide și maladaptative, deci cu o tulburare de personalitate. Circumplexul de mai sus și variantele sale nu acoperă însă tot spectrul atitudinilor și comportamentelor interpersonale posibile. Lipsesc cele ce caracterizează hiperexpresivitatea, impulsivitatea sau atitudinea rigidă sau oscilantă a obsesivului. Din cei cinci factori ai FFM se consideră că doar doi sunt bine reprezentați de CIP: extroversia și agreabilitatea. Totuși, multe tipuri de tulburări de personalitate au putut și pot fi bine descrise prin CIP (Sim, 1990). Avantajul este că se poate evidenția un profil dimensional, în ceea ce privește atât intensitatea, cât și trăsăturile, depășindu-se astfel inconvenientele modalității categoriale. Sunt bine caracterizați dependentul, pasiv-agresivul, chiar paranoidul. De asemenea, există o coerență în caracterizarea a „psihopatiei” (Blackburn, 1998).

Prin circumplexul interpersonal se pot caracteriza nu doar atitudinile interpersonale, ci și problemele interpersonale, fapt util pentru psihoterapie (Johnson, 2000). Astfel, poate fi descrisă atitudinea nu doar față de alții, ci și de față de sine (Klein, 2001) și, de asemenea, atitudinea față de „alții” introjectați și reprezentați în sine, pe matricea „modelului intern de lucru” (*internal working model*) al lui Bowlby. În această direcție, cercetări deosebit de interesante a realizat Benjamin care a dezvoltat și o formă specială de psihoterapie.

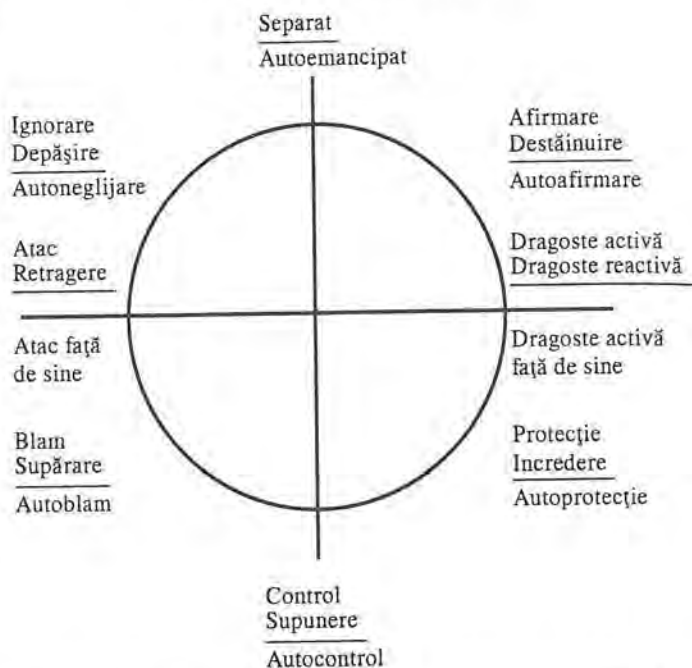


Figura 7.4. Atitudinea interpersonală și față de sine (după Klein, 2001)

Modelul circumplex poate fi utilizat ca instrument metodologic în studierea persoanei normale și patologice, folosindu-se diverse axe ortogonale pentru a evidenția succesiv caracteristicile persoanei, la fel ca un obiectiv care e privit succesiv prin diverse lentile (Lăzărescu, 2006).

Tyrer și echipa sa au fost primii care, înainte de publicarea DSM-III, au construit un sistem dimensional-categorial de înțelegere a tulburărilor de personalitate și un instrument de evaluare a acestora.

Tyrer a pornit de la descrierile tradiționale și curente ale tulburărilor de personalitate, așa cum se întâlnesc la marii psihopatologi – mai ales germani –, precum și în sistemele anglo-saxone, în tradiția ICD

și DSM. S-a ținut seama de termenii prezenți în dicționare, care sunt cel mai des folosiți în perspectiva demersurilor lui Allport și Odbert și a celor ce au dezvoltat ulterior doctrina celor cinci mari factori. Bazându-se pe experiența proprie și a colegilor, a detașat trăsăturile care se întâlnesc cel mai des la tulburările de personalitate. Acestea au fost progresiv reduse, pe argumente semantice, operaționale, de cuprindere și frecvență. A rezultat o listă cu 45 de trăsături, care, pe baza unor studii preliminare, au fost reduse la 24. Acestea sunt:

1. pesimism;
2. autodevalorizare;
3. optimism;
4. iritabilitate;
5. anxietate;
6. suspiciozitate;
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.

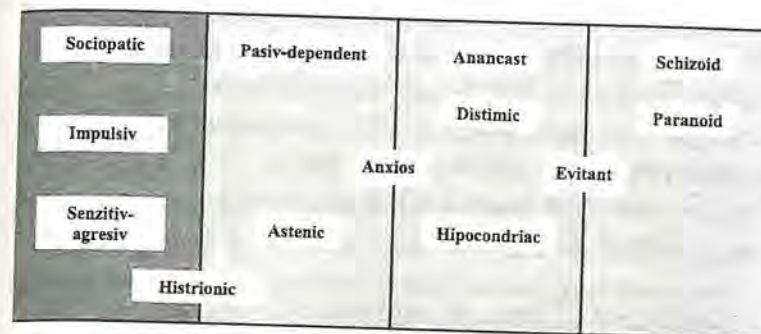
Nu s-a dat fiecărei trăsături o definiție operațională, faptul nefiind uzual la data elaborării instrumentului, folosindu-se accepțiunile lor uzuale și de dicționar. Pentru fiecare au fost construite întrebări, elaborându-se astfel un chestionar. Acesta a fost apoi aplicat unor cazuri, selectate de autori pe baza experienței clinice. Pe baza prelucrării datelor, a retestărilor succesive, s-a ajuns la versiunea finală a unei scale de evaluare a tulburărilor de personalitate – Personality Assessment Scale (PAS). Aceasta se corelează cu o anumită concepție privitoare la tulburările de personalitate, ce are următoarele supoziții teoretice:

- tulburările de personalitate sunt doar cantitativ diferite de variantele normale ale personalității;
- personalitatea e caracterizată prin trăsături ce sunt relativ constante în timp;
- tulburările de personalitate condiționează deficiența funcționării personale și sociale, disfuncționalitățile sociale fiind o marcă a gravității;

- tulburările de personalitate sunt tulburări de lungă durată, ce apar devreme, în perioada adultului tânăr, astfel încât evaluarea trebuie să fie longitudinală. În cadrul interviului PAS pentru evaluarea tulburărilor de personalitate, se cere ca acesta să fie făcut de către o persoană instruită în acest sens, cu experiență, care să obțină concomitent informații de la pacient și de la o persoană care-l cunoaște bine de cel puțin cinci ani pe acesta. Întrebările insistă asupra modalității de inserție socială, a funcționării în familie, în raportarea la cunoștințe și prieteni, asupra modului de a aborda rolurile sociale și societatea, în general. Se cere clarificarea funcționării în viața de zi cu zi, chiar în perioadele de vacanță sau distracție, dar și schimbări ale locuinței sau locului de muncă, ale regulilor și normelor, date asupra infraționalității, adicției etc. Pe baza acestor date se diferențiază între: trăsături accentuate de personalitate, tulburare de personalitate simplă, complexă (care se manifestă cu două sau mai multe categorii) și tulburare de personalitate severă (individul nu poate viețui în comunitate și își petrece aproape toată viața adultă în instituții medicale sau penitenciare).

Privitor la tipurile de tulburări de personalitate, versiunea originală a PAS se referă la: 1. sociopat; 2. pasiv-dependent; 3. anancast; 4. schizoid; 5. exploziv; 6. senzitiv-agresiv; 7. histrionic; 8. astenic; 9. anxios; 10. paranoid; 11. hipocondriac; 12. distimic; 13. evitant. Aceste tipuri se regăsesc în literatura tradițională și în ICD-10. Tipurile categoriale rezultă dintr-o anumită combinație a trăsăturilor psihologice, evaluate prin PAS. A rezultat astfel un sistem categorial-dimensional. Unele tipuri au corespondențe în psihopatologia germană, dar nu se mai regăsesc ulterior. Tipologia tulburărilor de personalitate elaborată de Tyrer se bazează, în mare parte, și pe prelucrarea statistică a datelor obținute cu PAS. Tot din prelucrarea statistică rezultă împărțirea tipurilor în patru clustere:

Tabelul 7.3. Subdivizarea în clustere a tulburărilor de personalitate (după Tyrer)



Este interesant că aceste clustere se aseamănă în mare măsură cu cele sugerate de DSM-IV și cu cele relevate de Livesley.

Versiunea originală a PAS a fost adaptată pentru a se aplica la DSM-IV. După apariția ICD-10, Tyrer a adaptat PAS pentru a putea diagnostica tulburările de personalitate acceptate de acest sistem de diagnostic internațional. Pentru aceasta, a redus o parte dintre trăsăturile conținute în PAS-ul original și a adăugat un set de întrebări pentru fiecare categorie a ICD-10.

Concepția despre tulburările de personalitate a lui Tyrer se remarcă prin flexibilitate. Tulburările de personalitate sunt caracterizate atât prin trăsături, cât și prin categorii. Sistemul său dimensional are în vedere doar trăsături exagerate, disfuncționale de personalitate, și nu trăsături și fațete ale persoanei normale, ca în cazul teoriei celor cinci mari factori. Deschiderea spre înțelegerea dimensională a tulburărilor de personalitate se extinde și în perspectiva continuumului cu stările psihopatologice de pe Axa I. Tyrer pledează pentru menținerea conceptului de *nevroză*, cu referire la tulburările anxios-depresive ce apar la persoane din clusterul C al DSM-IV. Acest grup mare de patologie ce se poate manifesta în variate combinații („în sens dimensional”) este numit de autor *cotymie*.

Importante sunt și studiile epidemiologice ale echipei lui Tyrer, precum și cele longitudinale, privitoare la tulburările de personalitate. Până în prezent, această echipă a dovedit cea mai amplă urmărire longitudinală prospectivă a unor cazuri de tulburări de personalitate riguros cercetate în cadrul studiului „Nottingham”. Un domeniu special de cercetare al echipei lui Tyrer îl constituie colaborarea cu medicii generalişti în studierea tulburărilor de personalitate, în îngrijirile medicale primare, dar și pledoaria pentru interpretarea relațiilor dintre Axa I și Axa II prin modele conceptuale explicite.

Livesley concepe tulburarea de personalitate ca având o caracteristică generică ce o diferențiază de alte tulburări psihice, dar care se cere diagnosticată la fel ca acestea (plasându-se astfel pe Axa I a DSM-III și DSM-IV). Diferențierea între diverse tulburări de personalitate este concepută însă dimensional, și nu categorial, prin combinarea unor trăsături psihopatologice. Pe baza studierii literaturii clasice și contemporane, a propriei experiențe și a unor studii țintite, Livesley a ajuns la 18 dimensiuni, trăsături sau factori bazali. Programul a fost inițiat în 1986, într-o perioadă în care funcționau deja definițiile operaționale, iar în DSM-III erau descrise prototipic categorii de tulburări de personalitate. S-a pornit de la aproximativ 2 000 de itemi inițiali, ce au fost reduși la 100 de trăsături, apoi la 79 de dimensiuni, în baza similarității și subsumării de semnificație. Aceștia au fost apoi investigați prin chestionarea a 274 de persoane din populația generală și a 158 de pacienți diagnosticați cu tulburare de personalitate. Diferențele dintre cele două loturi sunt doar cantitative. Cele 18 dimensiuni la care s-a ajuns în final sunt: 1. *lipsa stimei de sine*: stimă de sine scăzută, care duce la nevoia de a cere sfaturi și reasigurări, sugestibilitate și sugestionabilitate; 2. *tulburarea identității*: slabă, concepție de sine, stimă de sine scăzută, anhedonie și atitudine pesimistă, sentiment de gol și lipsă de satisfacție; 3. *atașament nesigur*: comportamente de atașament activat de stress;

este necesară prezența figurilor de atașament pentru coping și crearea sentimentului de siguranță; teamă de pierdere sau separare de figurile de atașament; 4. *dispreț în relațiile interpersonale*; 5. *probleme de intimitate*; 6. *narcisism*; 7. *opoziție pasivă*: stil de coping pasiv; 8. *distorsiuni perceptual-cognitive*; 9. *rejecție*; 10. *expresii restrânse*; 11. *automutilare*; 12. *evitare socială*; 13. *căutare de stimuli*; 14. *suspiciozitate*; 15. *submisivitate*; 16. *anxietate*; 17. *labilitate afectivă*; 18. *compulsivitate*.

Fiecare dimensiune bazală constă, în varianta inițială a demersului lui Livesley, din mai multe dimensiuni subordonate sau fațete – în total, aproximativ 79. Astfel, dimensiunea bazală a neîncrederii în sine, cea de-a cincea din listă, ar avea următoarele fațete:

- submisivitate: individul este neasertiv, îndură abuzul pentru a menține relația, urmează ordinele și dorințele altora;
- sugestionabilitate: e ușor de convins, ușor de păcălit și excrocat, are prea multă încredere în alții;
- nevoia de sfaturi și reasigurări: individul urmează frecvent sfaturi, caută activ sfaturi și reasigurare; se supune deciziilor altora.

Livesley și Jackson au elaborat un instrument de evaluare a tulburărilor de personalitate: The Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ). Chestionarul evidențiază cele 18 dimensiuni și folosește 290 de itemi, la fiecare răspunzându-se pe o scală Likert cu cinci trepte. Sunt acoperiți itemi din DSM-III, dar nu e adoptat sistemul categorial al acestuia.

Concepția lui Livesley asupra tipologiei tulburărilor de personalitate este una ierarhică. Se are în vedere un nivel bazal al trăsăturilor exprimate prin cei 18 factori, care, la rândul lor, pot fi prezentate fiecare prin mai multe „fațete”. Deasupra acestora se organizează însă un nivel mai general, supraordonat. Analiza statistică a cazuisticii indică existența, în cele din urmă, a patru clustere. Acestea sunt:

1. instabilitatea generală a comportamentului: dezorganizare persistentă care implică procese perceptuale și cognitive instabile și distorsionate, slab control al impulsurilor, lipsa conformismului social, nevoia de schimbare;
2. retragere socială: evitarea contactelor generale, probleme de intimitate, expresie redusă a afectului, evitarea autodezvăluirii;
3. dependență: bazare excesivă pe impulsurile din mediul extern pentru menținerea stimei de sine;
4. compulsivitate: ordine, meticulozitate, conștiinciozitate și nevoia de a fi constant activ.

În ceea ce privește caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate, Livesley insistă că aceasta trebuie făcută explicit, și nu doar dedusă din gravitatea trăsăturilor dezadaptative, așa cum ar rezulta din aplicarea modelului celor cinci mari factori (FFM) sau a circumplexului. De asemenea, consideră că pentru caracterizare nu e suficientă sesizarea perturbării comportamentului și a funcționării sociale, dezadaptarea, încălcarea normelor sau infracționalitatea. Persoanele cu tulburare de personalitate au o modificare a structurării eului, a sinelui, nu doar resimțită subiectiv, ci suficient exprimată printr-o serie de caracteristici deficitare ale sinelui.

Viziunea lui Livesley asupra tulburărilor de personalitate e sintetică și puțin eclectică. Ea se impune prin sublinierea faptului că e vorba de o tulburare psihică specifică, distinctă de altele, dar de aceeași natură cu aceasta, în cadrul unui continuum maladiv. Viziunea categorială nu e promovată, varietatea de manifestare fiind asigurată prin dimensiuni și clustere, dar concepția sa e compatibilă cu cea categorială, fiind într-un fel complementară acesteia.

Demersul general al lui Livesley în aria tulburărilor de personalitate a fost paralel cu cel a lui Clark cu care a și colaborat apoi, într-un fel de reunire a forțelor, pentru aceeași idee. Clark a elaborat un instrument – The Schedule for Nonadaptive and Adaptive

Personality (SNAP) – care cuprinde 370 de întrebări de tipul „Adevărat”/„Fals”. Alături de 12 scale componente cu diagnosticele de pe Axa II a DSM, SNAP evidențiază și scala pentru temperament (IT). Sunt și itemi care se referă la tulburările de personalitate în altă formulare decât cea din DSM-III și alte congruențe cu simptome de pe Axa I. Ideea de bază a lui Clark a fost aceeași ca și cea a lui Livesley: de a identifica un număr de trăsături psihopatologice de nivel bazal – de la 22 de clustere s-a ajuns la 15 trăsături –, iar apoi, fără a se fixa de categorii diagnostice, de a identifica structuri (clustere) de înalt nivel. Începând cu 1990, Livesley și Clark au colaborat în dezvoltarea acestui concept ierarhic. Trăsăturile de bază identificate de acești autori ar fi în mare parte transmisibile genetic.

Theodore Millon a construit un instrument de investigare a tulburărilor de personalitate care s-au diversificat progresiv, fiind mult utilizat. S-a ajuns la varianta a treia a The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMII-III, 1997). Acesta este un chestionar cu 175 de itemi, la care se răspunde cu „Adevărat”/„Fals” și evidențiază patologia de pe Axa I și II în conformitate cu concepția sa asupra continuumului psihopatologic. Dintre tulburările de personalitate sunt identificate, pe lângă cele din DSM-IV, și cea agresiv-sadică, masochistă și negativistă (pasiv-agresivă).

Concepția lui Millon privitoare la tulburările de personalitate e una eclectică, pe care autorul o plasează într-o înțelegere „evoluționistă” a personalității. Tulburările de personalitate s-ar cere înțelese și comentate nu din perspectiva unei unice teorii sau doctrine rigide, ci în cadrul unui „program de cercetare” asupra personalității, deschis mai multor conceptualizări. Millon recomandă să se folosească nu doar definiții operaționale, care vizează entități ce se cer măsurate, ci și „concepțe deschise”.

Persoana e concepută ca dezvoltându-se în stadii succesive pe fundalul maturării și dezvoltării biologice, neurofiziologice. După

„stadiul potențialității”, caracterizat prin plăcere/durere, ar urma cel al aclimatizării ecologice – pasivitate vs modificare ecologică (activitate) – apoi cel al identității de sex puberale, cu polarizare între sine și altul, urmat de cel al raționării intelectuale (gândire/simțire). Influențele familiale, educative și evenimentțiale acționează în tot cursul ontogenezei, putând conduce la tulburări de personalitate.

Tulburările de personalitate sunt înțelese într-un continuum al tulburărilor psihice, la celălalt pol aflându-se „simplele reacții”, iar la mijloc „sindroamele complexe”. Acestea din urmă sunt într-un continuum cu tulburările de personalitate, pe când simplele reacții (la evenimente psihosociale sau stresuri ce implică organismul/creierul) nu presupun fondul personalistic decât, eventual, ca aspect patoplastic. Această viziune a continuumului între trei instanțe păstrează tulburarea de personalitate ca entitate nosologică și se contrapune în mare măsură fragmentării în sindroame multiple, propunând DSM-III și DSM-IV. Ideea „sindroamelor complexe” e similară până la un punct cu *cotymia* lui Tyrer și se articulează cu tendința nosologică actuală de a identifica episoade psihopatologice multisindromale. Pe de altă parte însă, în ceea ce privește tulburările de personalitate, Millon pledează pentru acceptarea de subtipuri pentru fiecare dintre categoriile acceptate în prezent. De fapt, critica sa se îndreaptă asupra modului în care e făcută prezentarea prototipică în DSM, pe care o consideră neunitară pentru diversele categorii, și aceasta nu doar din cauză că se pretinde un număr diferit de criterii, în general, și necesare pentru diagnostic, în particular, ci și pentru că nu la toate categoriile sunt trecute în revistă, cu precizări explicite, aceleași aspecte ale personalității. De exemplu, dacă tulburarea relațiilor interpersonale e o caracteristică a tulburărilor de personalitate, ea – susține Millon – se cere menționată la toate, în mod similar.

Tabelul 7.4. Caracterizarea interpersonală a diverselor tulburări de personalitate (după Millon)

	Conduita interpersonală
Schizoid	Neangajat (de exemplu, pare indiferent și detașat, răspunde rareori la acțiunile și sentimentele celorlalți, alege activitățile solitare, posedă interese „umane” minime, se menține în fundal, este distant și „invizibil”, nu dorește și nu se bucură de relații strânse, preferă un rol marginal în mediul social, de lucru și familial).
Evitant	Aversiv (de exemplu, se distanțează de activitățile care presupun relații interpersonale intime și raportează un istoric de pananxietate socială și neîncredere; caută să fie acceptat, dar nu dorește să se implice dacă nu este sigur că este simpatizat; menține distanța și își apără viața privată pentru a evita sentimentul de rușine și umilință).
Depresiv	Lipsit de apărare (de exemplu, se simte vulnerabil, expus atacurilor și neprotejat, va căuta alte persoane care să îl aibă în grijă și să îl apere; se teme de a fi abandonat și părăsit; nu numai că se va comporta ca și cum ar fi în permanență în pericol, dar va căuta și chiar va cere asigurări privind afecțiunea, devoțiunea și constanța celorlalți față de el).
Dependent	Submisiv (de exemplu, are nevoie de sfaturi excesive și reasigurări, ca și de subordonarea față de o figură mai puternică, protectoare, fără de care se poate simți anxios și disperat; este compliant, conciliator și dispus la concesii, se teme să fie lăsat să-și poarte singur de grijă).
Histrionic	Căutător de atenție (de exemplu, solicită în mod activ să fie lăudat și îi manipulează pe ceilalți pentru a primi asigurările, atenția și aprobarea de care are nevoie; este insistent, flirtează, este vanitos și seducător, exhibiționist, în special când dorește să fie în centrul atenției).
Narcisic	Exploatator (de exemplu, se consideră îndreptățit, este lipsit de empatie și așteaptă să fie tratat diferențial, fără a returna favorurile respective; nu simte rușine, consideră că totul îi se cuvine și se folosește de ceilalți pentru a-și satisface dorințele proprii).

	Conduita interpersonală
Antisocial	Iresponsabil (de exemplu, este nedemn de încredere și nu se poate pune bază pe el, nu reușește să facă față sau, în mod intenționat, își neglijează obligațiile personale maritale, parentale, la locul de muncă sau financiare; în mod activ, încalcă drepturile celorlalți și depășește limitele normale ale codurilor sociale, comportamentul său implicând înșelăciuni sau ilegalități).
Agresiv (Sadici)	Abraziv (de exemplu, arată satisfacție în intimidarea, forțarea și umilirea celorlalți; prezintă în mod regulat comentarii verbale abuzive sau umilitoare social și manifestă comportamente vicioase, dacă nu chiar brutale fizic).
Compulsiv	Respectuos (de exemplu, prezintă o aderență neobișnuită față de convențiile și normele de comportament sociale, este scrupulos și extrem de rigid în privința problemelor de moralitate și etică; preferă relațiile politicoase, formale și corecte celor personale informale; insistă, de obicei, ca subordonații să adere la regulile și metodele stabilitate de el).
Negativist (Pasiv-Agresiv)	Contradictoriu (de exemplu, își asumă roluri opuse și schimbătoare în relațiile sociale; este în mod particular dependent, contrazice frecvent, este asertiv și de o independență agresivă; manifestă pică și invidie față de cei mai norocoși; acționează opozându-se manifest sau fiind treptat obstructiv sau intolerant față de ceilalți, exprimând atitudini fie negative, fie incompatibile).
Auto-defetist (Masochist)	Deferențial (de exemplu, se distanțează de cei care îl susțin constant, relaționând cu cei care îi cer să se manifeste servil și sicofantic, permițând, dacă nu chiar încurajând, din partea acestora o atitudine de exploatare, maltratare sau profitare; contracarează încercările altora de a-l ajuta și cere să fie condamnat prin acceptarea blamului nemeritat și a criticismului nejustificat).
Schizotipal	Secretos (de exemplu, preferă singurătatea și izolarea, cu unele încercări de atașare și asumare a obligațiilor personale; cu timpul, se izolează în roluri vocaționale tot mai periferice și activități sociale clandestine).
Borderline	Paradoxal (de exemplu, cu toate că are nevoie de atenție și afecțiune, este, în mod imprevizibil, opus altora, manipulativ și volatil, de multe ori manifestând rejecție mai curând decât sprijin; reacționează agitat la teama de abandon și izolare, dar, de multe ori, în mod agresiv și nepotrivit).

	Conduita interpersonală
Paranoid	Provocator (de exemplu, nu numai că poartă pică și nu iartă greșelile din trecut, dar manifestă o atitudine certăreață, iritabilă, brutală față de cunoștințele mai noi; precipitează apariția exasperării și a furiei la ceilalți prin testarea continuă a loialității și o preocupare intruzivă și inchizitorie față de eventualele motive ascunse).

Într-un mod asemănător cu disfuncția relațiilor interpersonale ar trebui comentate – susține Millon – și alte aspecte, cum ar fi afectivitatea, percepția, gândirea, controlul impulsurilor etc. De fapt, autorul pledează pentru descrierea unor „tipuri ideale” cât mai pure și orientative. Căci, susține el, oricum aceste tipuri sau prototipuri trebuie completate cu subtipuri care sunt sugerate de practică și care ar rezolva, cel puțin parțial, problema diversității cazurilor ce pot beneficia de același diagnostic.

Neoptând pentru un sistem dimensional și menținând tulburările de personalitate într-un continuum cu restul patologiei psihiatrice, Millon găsește o cale pentru a se apropia de realitatea faptică a cazuisticii, invitând la descrieri de cazuri pregnante. Este reactivată astfel, într-o formă modernă, problema ce era în dezbateră pe vremea lui Jaspers, adică cea a tipului ideal dublat de cazuistica pregnant prezentată, sub formă de cazuri exemplare sau cazuri reale semnificative.

Evaluarea critică a sistemelor prezentate

Diversele concepții necategoriale despre tulburările de personalitate sunt, implicit, concepții despre personalitatea umană. Varietatea lor este, până la un punct, utilă, pentru că aruncă o lumină asupra unor aspecte ale persoanei care sunt complementare, o lecturează în diverse coduri, reliefând fațete variate ale acesteia. E de presupus, desigur, că persoana umană, în general, în anumite specificități dizarmonice și în multiple cazuri individuale, se afirmă independent de modurile din care e privită și lecturată. De asemenea, e de presupus că există ceva constant, structural, în spatele manifestărilor

diacronice, care, chiar dacă apare diferit în diverse „texte” și evaluări ale unor abordări, nu poate să nu trimită la aspecte invariabile constante. De asemenea, se cere acceptat faptul că nu e posibil să se conceapă o doctrină și o metodologie definitivă, unică și infailibilă pentru receptarea și interpretarea persoanei umane normale și dizarmonice.

Teoria celor cinci mari factori asigură o acceptabilă acoperire caracteriologică, în perspectiva dimensiunilor psihice. Ea este însă lipsită de structură, centrare și ierarhizare. Se presupune tot timpul că persoana e centrată de un eu, un sine (*self*), reflexiv, spontan și proiectiv, dar totul rămâne o presupuziție neexplicită. De asemenea, atitudinile, problemele și comportamentul interpersonal, atât de mult accentuate de teoria circumplexului, sunt puse alături de alte manifestări psihice, fără diferențiere. Nu e comentată stima de sine scăzută sau crescută. În sfârșit, nu sunt reliefate acțiunile care implică moralitate, responsabilitate, discernământ, culpă, generozitate. În doctrina psihanalitică, pe cât e ea de rigidă și generalizatoare, este loc pentru eu, sine, impulsuri, tendințe, reflectarea altora în sine prin introjecția normativității sociale reprezentată de supraeu. Aceasta conduce la conflict intrapsihic. Concepția lui Livesley, a lui Millon și, până la un punct, chiar circumplexul interpersonal, fac loc și ele unor astfel de probleme. De aceea, propunerea insistentă a unora ca FFM să fie singura completare a sistemului categorial într-un viitor DSM-V, limitează perspectiva asupra persoanei.

Circumplexul interpersonal rămâne interesant și util din multe puncte de vedere, dar și în acest caz, în forma clasică a circumplexului, eul, sinele și conștiința morală sunt doar implicate, presupuse. O serie de aspecte ale psihismului nu sunt comentate, așa cum au indicat cei care arătau că doar doi dintre cei cinci mari factori sunt bine reprezentați. Lipsește, de exemplu, ceea ce se leagă cu inițiativa în acțiune și autodirecționarea spre atingerea unui scop, adică primul factor caracterial a lui Cloninger. Faptul este explicabil deoarece

acesta nu este expresia directă a unor relaționări interpersonale. Odată cu el, lipsește însă și tot ceea ce ține de organizare și ordonare în existența unui om. S-ar putea imagina – și parțial s-a imaginat – o axă suplimentară într-un circumplex complementar, polarizată între planificarea ordonată și perseverență, în raport cu spontaneitatea, impulsivitatea și manifestările predominant circumstanțiale. În FFM, prima ar ține de conștiinciozitate, a doua, de nevroticism. Sunt multe alte axe care ar putea fi introduse astfel încât metoda circumplexului să fie folosită ca un fel de lupă de lectură, ce se aplică succesiv aceluiași caz sau aceleiași persoane.

Nici FFM și nici circumplexul nu țin seama de diferențierea între temperament și caracter, după cum, împreună cu psihanaliza, nu țin seama de manifestările persoanei în contexte variate, fapt asupra căruia au atras atenția Bandura și Mischel.

Sistemul lui Cloninger dă siguranță prin rigiditatea sa și tonul ferm în care e prezentat. Tematica relațiilor interpersonale e doar implicată în cadrul dimensiunii „cooperativității” și, la fel, cea a reprezentării celorlalți în sine, deși se recunoaște rolul formativ al familiei. Tema conștiinței morale este, de asemenea, periferică deși trăirile spirituale, mai ales în sensul experiențelor mistice, nu sunt doar acceptate, ci larg comentate în perspectiva unei psihologii transpersonale.

Tyrer nu comentează persoana normală decât aluziv. Totuși, acordă atenție inserției acesteia în universul interpersonal-social cu referință la familie, microgrupuri, profesie, locuință, norme sociale, toate aceste zone fiind indicatori posibili ai tulburărilor de personalitate.

Livesley insistă mai mult asupra sinelui, eului, relațiilor interpersonale și celor de microgrup, lăsând și el în umbră diferențierile între temperament și caracter sau tema conștiinței morale.

Millon sugerează o schemă vagă a personalității și dezvoltării acesteia, susținând continuumul tulburărilor psihice între simpla reacție, sindroamele complexe și tulburările de personalitate. În plus,

argumentează prea clar nici continuumul, nici punctele de discontinuitate cu normalitatea. Un merit al lui Millon este că atrage atenția asupra varietății cazuistice, a subtipurilor, a studiilor de caz intru a nu ne lăsa copleșiți de criteriologia nomotetică a categoriilor pentru a depăși simpla combinare a trăsăturilor.

Diversele sisteme dimensionale propun un comentariu analitic al structurii caracteriale a tulburărilor de personalitate mult mai detaliat decât sistemele categoriale prototipice. Totuși, este în continuare loc intru perspective analitice mai nuanțate care să îndepărteze ambiguitatea, aspectul vag și neprecis al multor evaluări. Vom comenta câteva aspecte.

Când se vorbește de afectivitate nu se face mereu distincție între raționalitate, dispoziție afectivă, atitudine afectivă, față de altul și față de sine, și sentiment. Dragostea, ura, ignorarea sunt diferite de euforie, anxietate, iritare, apatie, precum și față de bucurie, spaimă, furie, inactivitate. Afirmarea „instabilității afective” ar trebui să precizeze care aspecte ale afectivității se face referire.

Comportamentul impulsiv poate fi strict endogen sau favorizat exogen, poate fi cu încălcătură agresivă, cu orientare sexuală, datorat în parte la alimentare sau la uzul de substanțe psihoactive. El poate să apară la oameni buni și răi, la bunuri nepersonalizate, alte persoane sau propria persoană. Eliberarea interioară poate lipsi complet sau poate să se desfășoare parțial. Atunci când la o tulburare de personalitate se afirmă impulsivitatea crescută, se cere precizat care aspect al acesteia este vizat în vedere.

Relațiile cu alți oameni se pot desfășura la un nivel superficial, contactului interpersonal. Poate fi însă în joc și o relație interpersonală, care presupune o cunoaștere reciprocă mai deosebită și contacte habituale. În cazul legăturii interpersonale, e vorba de ceva permanent, care dăinuie dincolo de circumstanțe, putând implica zona intimă a subiectului. Când se comentează perturbarea relațiilor interpersonale la cei cu tulburări de personalitate, se cere precizat la

care aspect al acestora se face referire și în ce corelație cu afectivitatea și/sau impulsivitatea.

Etichetarea unei persoane ca prezentând o tulburare de personalitate și plasarea ei într-o categorie prototipică este un demers exterior ce se plasează la nivelul impersonal al statisticii. Evaluarea ei mai detaliată, prin diverse sisteme dimensionale, poate da un plus de acuratețe categorizării inițiale. De asemenea, cazuistica, în perspectiva subtipurilor și apoi a biografiei se apropie mai mult de „realitate”. Însă niciodată realitatea efectivă a unei persoane umane date nu poate fi transpusă integral în logosul discursiv.

Și totuși, grilele de acuratețe în caracterizare și etichetare sunt totdeauna utile, alături de bogăția limbajului utilizat și de talentul de portretist – și de terapeut – al celui ce întreprinde demersul.

Capitolul 8

Diagnosticul și evaluarea tulburărilor de personalitate

Diagnosticul tulburării de personalitate este problematic și dificil. El este în mare măsură dependent de criteriile acceptate pentru caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate și de viziunea categorială sau dimensională privitoare la varietatea de manifestare a acestora. Acest diagnostic necesită mult timp, pentru că se cere analizată întreaga biografie a persoanei din multe puncte de vedere și din diverse surse. Noțiunea de *diagnostic* se aplică la acest nivel într-un sens special, larg, fără a fi întru totul similară cu diagnosticul bolilor din medicină, inclusiv din cea psihiatrică. Evaluarea tulburărilor de personalitate se apropie, în primă instanță, de cea a caracterizării tipologice, a caracterizării de ansamblu a unei persoane.

Drept ghid pentru evaluarea și diagnosticul tulburărilor de personalitate pot fi considerate criteriile generale și categoriale din ICD-10 și DSM-IV. Nu se poate pune un diagnostic de tulburare de personalitate de un anumit tip, altfel spus cu referință la o anumită categorie, fără ca acesta să presupună explicit prezența criteriilor generale ale tulburărilor de personalitate, precum și precizarea gravității acesteia – medie, gravă, foarte gravă –, atât în general, cât și privitor la profilul tipologic. Se pot identifica și „trăsături accentuate ale

personalității”, etichetându-se o personalitate „particulară”, care creează unele probleme mai ales în mediul familial și al celor apropiați, caz în care nu avem încă un diagnostic de tulburare de personalitate.

Nu trebuie niciodată să se omită că, diagnosticul Axei II din DSM-III și DSM-IV este un indicator pentru ampla problemă a terenului personalistic, ce presupune biografia, structura personalității și nișa lui ecologică umană corelativă (a se vedea capitolul 6).

8.1. Obținerea datelor pentru diagnosticul tulburărilor de personalitate

Cu referire strictă la evaluarea psihică a persoanei, Cattell (Feist, 1985) menționa deja ca necesare trei seturi de date :

- date obținute prin chestionare (Q-data) ;
- observația comportamentului (L-data) ;
- teste psihologice (T-data).

Această împărțire simplifică viziunea largă pe care o presupunea Jaspers, la începutul secolului XX, pentru cunoașterea și înțelegerea unei persoane. Acesta sugera obținerea unor date multiple, în care se includ : discuții repetate, observația persoanei în diverse împrejurări, apropierea de intimitatea sa, mărturiile ale diverselor cunoștințe, documente, precum scrisori, note autobiografice, produse culturale create de subiect, fără a se ignora stilul exprimării (de exemplu, grafologic), aspectul persoanei și al ambianței sale fizice imediate (îmbrăcăminte, locuință) și, desigur, autodescrierea și autocalificarea persoanei. Toate datele se reunesc în perspectiva biografiei, a dezvoltării formative și a funcționării sale în roluri, dar și a structurii psihice a persoanei, a evantaiului său de trăiri, a bogăției de manifestări și

relaționării interpersonale, precum și a cunoștințelor sale teoretice, a culturii sale, a felului în care își reprezintă lumea, a convingerilor și credințelor, a concepției sale despre lume.

Viziunea și metoda lui Jaspers este fenomenologică, antropologică, tinzând spre ideografic și descriere de cazuri tipic exemplare. În personologia americană, Allport (Feist, 1985) a încercat să continue această linie. Abordarea lui Cattell este mai restrânsă, ea concentrându-se pe aria de specialitate a psihologului. Dar și acest demers este prea amplu pentru curenta practică psihiatrică, mai ales cea contemporană.

O persoană poate fi circumscrisă și „diagnosticată” cu atât mai ușor cu cât e mai bine cunoscută. În practica psihiatrică și psihologică se pune însă problema evaluării unor persoane ce sunt întâlnite pentru prima dată și despre care se încearcă să se obțină și să se sistematizeze informații într-un timp limitat și scurt.

Chestionarea persoanei în cauză, nestructurată și structurată, este o metodă importantă, chiar de elecție. Însă nu este singura. Informațiile pot fi și trebuie obținute de la terțe persoane. Uneori, poți caracteriza și evalua, din relatările unui relativ sau ale mai multora, o persoană doar până la un punct.

Administrarea unui chestionar de autoevaluare poate fi utilă. Este o metodă rapidă, economică și orientativă. Dar opinia despre sine a persoanei ce completează chestionarul poate fi deformată: prin starea sa de moment, prin importanța acordată de acesta chestionarului, prin eventualele tulburări psihopatologice de pe Axa I – de exemplu, depresie sau schizofrenie. Însăși prezența unei tulburări de personalitate poate deforma autoevaluarea, subiectul tinzând să se prezinte altora într-un anumit fel, în mod diferit în cazul unui histrionic, narcisic, dependent, schizoid. Autoprezentarea mai poate fi modificată de nesinceritatea voită a subiectului. Acest fapt e valabil până la un punct și în cazul unei chestionări directe. Totuși, subiectul este cel ce se cunoaște cel mai bine pe sine, știe felul în care a trăit,

reacționat și s-a comportat de-a lungul întregii vieți și în variate împrejurări. De aceea, el rămâne sursa fundamentală de informare.

Administrarea de către un investigator a unui chestionar pentru evaluarea tulburărilor de personalitate poate fi structurată de însăși forma interviului, ce constă din întrebări precise. Dar mult mai utile sunt chestionarele semistructurate. Acestea conțin, de obicei la început, și întrebări deschise, în care subiectul este invitat să se autodescrie, indicându-i-se ariile și perioadele de viață la care să se refere, avându-se în vedere, de regulă, întreaga biografie. Interesează mai ales felul în care au fost parcurse ciclurile vieții: formarea în familie, perioada educativă, exercitarea profesiei, întemeierea și menținerea unei familii proprii (eventual, a multiplelor căsnicii), ciclul locativ, afirmarea socială, apoi evenimentele de viață, schimbările de viață trăite particular, conflictele cu autoritățile, cu poliția, detenții, toxicomanii etc.

Întrebările directe ale unui interviu se referă la relațiile interpersonal-sociale, la comportamentul în diverse situații, la stilul exercitării rolurilor sociale, la reactivitate etc. Se urmărește evidențierea unor trăsături anormale constante ale persoanei, care condiționează probleme de adaptare, eșecuri în rezolvarea problemelor importante ale vieții. Pe lângă întrebările principale, se pun și întrebări secundare, de detalieri, sau întrebări complementare, indirecte. În interviurile semistructurate, experiența examinatorului cu persoanele ce manifestă tulburări de personalitate, experiența sa în administrarea de chestionare, în general, și a chestionarului special administrat joacă un rol important. În relația directă cu cel examinat, se poate urmări expresivitatea generală a acestuia, aspectul mimico-gestual, limbajul, atitudinea interpersonală față de interlocutor, spontaneitatea răspunsurilor (Dafinoiu, 2002).

De regulă, în evaluarea tulburărilor de personalitate e important să se obțină date, informații și de la terțe persoane. În principiu, se chestionează o rudă sau o cunoștință apropiată care cunoaște subiectul

de mai mult timp. Unii autori menționează ca necesar cel puțin cinci ani. Se aplică acestora aceleași întrebări sau cel puțin întrebări (privitoare la aceleași domenii) asemănătoare cu cele puse pacientului. Informațiile obținute de la o altă persoană privitoare la stilul comportamental pot fi congruente sau, mai mult sau mai puțin, diferite de cele ale subiectului; la fel, cele privitoare la intensitatea unor tulburări comportamentale. Evaluatorul trebuie să decidă, în acest caz, asupra unei note de evaluare, aleasă dintre mai multe nivele sau eventualități. Diferențele sau deformările ce apar pot depinde de: relația în care se află informantul cu subiectul, eventual starea de moment a relației respective, perspectiva din care îl cunoaște, atitudinea pe care o are față de acesta, situațiile în care l-a observat, intenția pe care o are în furnizarea informației, „interesele” aflate în joc etc. De obicei, sunt de preferat persoane apropiate ce doresc să-l sprijine cu obiectivitate.

Pe lângă unul sau mai mulți informanți apropiați de subiect, mai sunt utile date oficiale despre el din partea unor instituții ca școala, locul de muncă, partenerii de afaceri și de hobby, armată, poliție etc. Cercetarea de teren pe care o face un asistent social obținând informații din diverse surse este totdeauna utilă, deoarece adună date asupra comportamentului în diverse împrejurări și contexte.

Pe lângă chestionarele generale de personalitate, se pot utiliza și chestionare țintite – de exemplu, privitoare la impulsivitate, dependență, instabilitate, ordine. Se pot utiliza și teste proiective, dar rezultatul acestora nu este standardizat. Evaluarea tulburărilor de personalitate se face, desigur, și prin analiza detaliată a biografiei, prin discursul narativ al pacientului și al celor ce-l cunosc, prin reunirea unor multiple – cât mai multe – informații, în sensul conferit de Jaspers. Interviu clinic natural, făcut cu atenție de persoane competente și cu experiență, poate fi echivalent cu – sau mai important decât – chestionarul standardizat. Chestionarele și interviurile nu ajută numai la standardizarea rezultatelor. Ele orientează abordarea într-o direcție

categorială sau dimensională. În ultimul timp, se încearcă orientarea clinicianului prin propunerea de a consulta variate cazuri prototipice dincolo de orientarea strictă spre categorii (Westen, 2000; 2003), de a înțelege persoana perturbată ca organizându-se pe nivele (Parker, 2000) și de a acorda atenție și adaptării la context (Clark, 1997; 2001).

8.2. Evaluarea și diagnosticul tulburărilor de personalitate implică un construct teoretic

De fapt, chiar criteriile de circumscriere a tulburărilor de personalitate ce ghidează diagnosticul reprezintă un construct teoretic, mai mult sau mai puțin arbitrar. Realitatea subiectului investigat este filtrată, tradusă, reprezentată de acest construct. Interviuul, structurat sau semistrukturat, este și el un construct elaborat de autori care încearcă să ghideze obținerea de date, astfel încât între diverși examinatori să existe un acord în evaluare. Constructul ce rezultă din aplicarea unui chestionar se raportează la constructul pe care-l constituie criteriile de diagnostic, obținându-se un rezultat care aproximează realitatea din anumite puncte de vedere, evidențiind specificul existenței unei persoane.

Chestionarele de evaluare a tulburărilor de personalitate dau rezultate care se pot raporta la un sistem categorial sau configurează un rezultat dimensional. Chestionarele sunt elaborate și în funcție de orientarea teoretică a autorilor lor, de felul în care aceștia concep tulburările de personalitate, de accentul pe care îl pun pe temperament sau pe caracter, pe comportamentul disocial maladaptativ, pe patologie, anormalitate sau normalitate. *Nu există și nu poate fi conceput un chestionar exhaustiv, complet și infailibil.* Aplicarea oricărui chestionar oferă rezultate proprii, care aproximează într-un fel anume realitatea.

De obicei, reaplicarea aceluiași chestionar aceluiași pacient de către aceeași persoană, la un interval nu prea mare de timp, dă rezultate asemănătoare. Se depun eforturi astfel încât chestionarele să fie concepute în așa fel încât, aplicate de investigatori diferiți aceleiași persoane la intervale scurte de timp să dea rezultate cât mai apropiate.

Marea majoritate a chestionarelor și interviurilor existente au fost elaborate în SUA și Canada și, de aceea, se referă la DSM-III și DSM-IV. În afara acestora, se pot menționa doar: PAS-Tyrer, elaborat în Marea Britanie, care e un interviu dimensional-categorial adaptat pentru a permite diagnosticarea după ICD-10. Scala de Personalitate Karolinska (KSP), elaborată în Suedia, este un instrument compozit cu elemente preluate din mai multe alte inventare și utilizat mai ales pentru tulburările de personalitate ale alcoolizilor. A fost elaborat și un „profil psihodinamic Karolinska” (KAPP), care poate fi folosit pentru a urmări schimbările personalității în cursul psihoterapiei.

Instrumentele de asertare a tulburărilor de personalitate se pot împărți în interviuri (structurate și semistructurate) și scale (inventare, chestionare) de autoevaluare, iar din altă perspectivă, în instrumente bazate pe diagnosticarea categoriilor și instrumente de măsurare a trăsăturilor.

Inventarele pentru măsurarea trăsăturilor sunt, la rândul lor, de două feluri: instrumente cu punct de plecare în evaluarea generală a trăsăturilor de personalitate, concepute de psihologi pentru persoanele normale, dar aplicate și la cele cu tulburări de personalitate, și chestionare elaborate de psihiatri – pornind de la descrierea clasică a tulburărilor de personalitate făcută de diverși autori –, tratate și sisteme de diagnostic, din care se extrag un set de trăsături specifice acestora și care, după prelucrare și validare, stau la baza evaluării dimensionale.

8.3. Instrumentele cele mai importante de evaluare a tulburărilor de personalitate: avantaje și dezavantaje

Instrumentele bazate pe diagnosticul categorial. Interviuri

În continuare, vor fi menționate principalele instrumente utilizate în prezent, după McDermut (2005) și Clark (2001).

- Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIP-IV; Zanarini *et al.*, 1996) este un interviu structurat ce constă din 398 de itemi pentru evaluarea celor 10 categorii de tulburări de personalitate din DSM-IV-TR, precum și pentru categoriile propuse (TP depresivă și pasiv-agresivă). Itemii sunt grupați pe diagnostice și au în vedere primii doi ani precedenți.
- International Personality Disorders Examination (IPDE; Loranger, 1999) este un interviu semistructurat cu 537 de întrebări, care evaluează tulburările de personalitate în raport cu criteriile DSM-IV-TR și ICD-10. E necesar ca trăsăturile patologice să se fi manifestat înaintea vârstei de 25 de ani. Este organizat pe domenii: muncă, sine, relații interpersonale, afecte, testarea realității, controlul impulsurilor. Aplicarea sa cere ca evaluatorul să aibă o experiență apreciabilă. Există și o variantă de *screening* cu 77 de întrebări de tipul „Adevărat”/„Fals”, pe care subiectul le completează înainte de interviu.
- Personality Disorder Interview IV (PDI-IV; Widiger *et al.*, 1995) e o variantă adaptată la DSM-IV a interviului PDI dezvoltat mai demult de către autori. Are întrebări pentru evaluarea celor 94 de criterii ale celor 10 diagnostice oficiale ale DSM-IV-TR și pretinde ca tulburarea să fie prezentă de la vârsta de 18 ani. Are două versiuni: una în care itemii sunt grupați pe diagnostice și alta în care sunt grupați pe domenii.
- Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II; First *et al.*, 1997) este un interviu semistructurat,

constând din 119 itemi centrați pe DSM-IV-TR. Evaluează trăsăturile din ultimii cinci ani. Se recomandă să fie administrat de clinicieni cu experiență. Aplicarea sa e precedată de SCID-II Personality Questionnaire.

- Personality Assessment Schedule (PAS; Tyrer, 1979; 1988; 2000) este un interviu comprehensiv care evaluează 24 de trăsături specifice tulburărilor de personalitate și permite diagnosticarea a 13 categorii de tulburări de personalitate. E un instrument dimensional-categorial adaptat la DSM-IV-TR și ICD-10.
- Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV; Pfohl *et al.*, 1997) are 101 itemi și evaluează categoriile oficiale din DSM-IV, precum și cele trei propuse. Cel interviuat e solicitat să se concentreze asupra sinelui obișnuit, predominant în ultimii cinci ani, și să evalueze dacă, în ultimul timp, nu au fost schimbări importante în personalitate. Aplicarea sa cere un antrenament special.

Există interviuri structurate pentru evaluarea anumitor categorii de tulburări de personalitate :

- Composite International Diagnostic Interview, Antisocial Form (CIDI) a fost dezvoltat prin colaborare WHO cu US Alcohol, Drug, Abuse and Mental Health Administration (Rubins *et al.*, 1988), cu scopul de a elabora un instrument internațional pentru evaluarea tulburărilor psihice. El este compatibil cu DSM-III și ICD-10. Prin el se adună suficiente informații pentru a se diagnostica personalitatea antisocială.
- National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule, Antisocial Section (DIS; Rubin *et al.*, 1981) pornește de la criteriile lui Feighner (1977). Se folosește în studii epidemiologice, fiind primul folosit în The Epidemiologic Catchment Area Project (Regie *et al.*, 1984).

- Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R; Zanarini *et al.*, 1989) este un interviu structurat ce constă din 105 itemi ce investighează patru arii : controlul impulsurilor, afectele, cogniția și relațiile interpersonale. Se referă la ultimii doi ani și servește pentru a evalua TP de tip borderline în conceptualizarea lui Gunderson (1981), similară, dar nu identică cu cea din DSM-IV-TR.
- Diagnostic Interview for Narcissism (DIN; Gunderson *et al.*, 1990) are 33 de itemi și evaluează narcisismul conceptualizat de Gunderson (care este mai eterogen decât cel din DSM-IV-TR).
- Hare Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R; Hare, 1990) are în vedere *checklist*-ul pentru „psihopatia” lui Checkley, sistematizat de Hare, constând din 20 de itemi. Nu e propriu-zis un interviu. Itemii prevăzuți sunt evaluați între 0 și 2, scorul maxim final fiind de 40. Scala are două subscale (*factors*) : prima se referă la caracteristicile personalității psihopate, iar cea de-a doua, la comportamentul deviant.

Un interviu special și, într-un anumit sens, unic ce evaluează ansamblul personalității din perspectiva trăsăturilor este :

- Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality (SIFFM; Trull și Widiger, 1997), modelat după NEO Personality Inventory – Revised (NEO-PI-R; Costa și McCrae, 1992), prin care se investighează cele cinci domenii ale modelului cu cinci factori ai personalității (FFM). Sunt urmărite componentele mala-daptative ale personalității, care nu sunt prezente în NEO-PI-R. Acest interviu (și alte eforturi ale lui Widiger și ale echipei sale) încearcă să rezolve problema ce a apărut în aplicarea interviurilor generale de personalitate, axate pe trăsături la tulburările de personalitate, dat fiind că primele nu au în terminologia lor trăsături anormale clar conturate.

Chestionare autoadministrare pentru evaluarea tulburărilor de personalitate

- Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ; Livesley și Jackson, 2002) constă din 290 de itemi care evaluează personalitatea pe o scară de tip Likert cu cinci puncte. Lista de trăsături evaluate este elaborată având ca punct de plecare trăsături anormale ce se întâlnesc în literatura tradițională referitoare la tulburările de personalitate. Rezultatele caracterizează dimensional persoana, cu posibilă referință la categoriile oficiale. Autorii sugerează agregarea tulburărilor de personalitate în patru clustere : antisocial, instabil, dependent, compulsiv.
- Inventory of Interpersonal Problems (Harrowitz *et al.*, 2000). Scala are 64 de itemi și investighează problemele interpersonale, ghidate de circumplexul interpersonal cu referire la epitelele ce califică atitudinile interpersonale (evaluate prin IPC; Wiggins, 1996). Se utilizează nu atât pentru diagnostic, cât pentru orientarea psihoterapiei. Din această scală a fost dezvoltat Inventory of Interpersonal Problems – Personality Disorders Scale (IIP-PD; Pilkonis *et al.*, 1996). Aceasta cuprinde 127 de itemi ce măsoară probleme de relaționare distorsionată a celor cu tulburări de personalitate. Are cinci subscale.
- Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III; Millon *et al.*, 1997). E un chestionar cu 175 de itemi la care se răspunde cu „Adevărat”/„Fals”, pentru a evalua patologia de pe Axa I și II. Psihopatologia propusă de Millon e congruentă cu cea din DSM-IV-TR, dar la tulburările de personalitate identifică și tipurile : sadic, masochist, depresiv și negativist (pasiv-agresiv). Se identifică și trăsături nepatologice de personalitate.
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Personality Disorders Scale (MMPI-PD; Morey *et al.*, 1985). Din proba MMPI cu 566 de itemi a fost derivată alta mai restrânsă, astfel

- încât să corespundă celor 11 categorii din DSM-III. Într-o a doua fază, itemii au fost testați. Au fost reținuți 150 de itemi cu răspuns „Adevărat”/„Fals”. Unii itemi erau comuni pentru două sau mai multe scale, astfel încât s-au construit două scale, una cu itemi ce se suprapun și alta în care aceștia nu se suprapun (MMPI-II; Colligen *et al.*, 1994). Acestea nu au fost însă coordonate cu DSM-IV-TR.
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Personality and Psychopathology Five Scale. Utilizând itemii din MMPI, Harkness *et al.* (1995) au dezvoltat cinci scale (PSY-5) pentru a facilita descrierea generală a personalității și a tulburărilor de personalitate. Două dimensiuni – emoționabilitatea pozitivă și cea negativă – au corespondent în FFM (nevroticism și extroversie). Agresivitatea, constrângerea și psihoticismul reflectă o combinație a marilor factori din FFM. La fel ca MMPI, instrumentul se aplică invitând subiectul să plaseze la „Adevărat” sau „Fals” o suită de aserțiuni.
 - Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP; Clark, 1993) conține 375 de întrebări cu răspuns „Adevărat”/„Fals”. Se evidențiază 15 trăsături patologice de personalitate. Deși e construită dimensional, e compatibilă cu categoriile Axei II, inclusiv cu DSM-IV-TR. Sunt însă și itemi care se bazează pe tulburările de personalitate, formulate altfel decât în DSM, și itemi congruenți cu unele simptome specifice Axei I.
 - Shedler-Western Assessment Procedure (SWAP 200; 1998) e compus din 200 de itemi, reprezentând cele 94 de criterii de diagnostic al tulburărilor de personalitate din DSM-IV-TR, dar și alte simptome ale tulburărilor de personalitate, mecanisme de apărare și trăsături adaptative de personalitate. Clinicianul evaluează itemii ce vizează cazuri prototipice după o scală cu opt puncte.
 - Structural Analysis of Social Behavior Index Questionnaire (SASB; Benjamin, 1996) e focalizată nu pe tulburările de personalitate, ci pe tranzacțiile interpersonale ale persoanei care sunt distorsionate

în aceste cazuri. Se bazează pe circumplexul interpersonal de tip Leary și pe teoriile developmentale, mai ales pe cea a atașamentului. Urmărește raportarea subiectului la sine, la altul și la celălalt, ca obiect tranzitiv.

• Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger *et al.*, 1994) are 240 de itemi și măsoară personalitatea din perspectiva modelului personalității al lui Cloninger, care distinge patru factori temperamentalii (căutarea noului, evitarea traumei, dependența de recompensă și persistența) și trei factori caracteriali (auto-direcționarea, cooperativitatea și autotranscendența).

• Wisconsin Personality Inventory (WISPI; Klein *et al.*, 1993), e un chestionar cu 214 de itemi care dă un rezultat atât dimensional, cât și categorial, după DSM-III-R, al tulburărilor de personalitate. Fiecare item este evaluat pe o scală de la 1 la 10. Perioada evaluată se referă la ultimii cinci ani sau mai mult. Mulți itemi abordează perspectiva interpersonală și a relațiilor obiectuale, în sensul modelului SASP a lui Benjamin.

În ceea ce privește modul de construcție, numărul de itemi, structura prezentării acestora, timpul necesar pentru aplicare, scorul aplicat răspunsurilor și semnificația rezultatelor, există diferențe între cele. Pentru chestionare, durata de aplicare este între una și două ore, dar sunt și unele cu durată mai mare. Scorul răspunsului este mai frecvent cu două variante sau și cu trei sau patru. Pentru instrumentele de autoevaluare există un anumit număr de scale. Câteva dintre interviuri au și variante de *screening*.

Avantaje și dezavantaje ale instrumentelor de evaluare a tulburărilor de personalitate

Privitor la avantajele și dezavantajele prezentate de diversele instrumente, dintre interviurile semistructurate nici unul nu a demonstrat o evidentă superioritate în validitate și credibilitate. Majoritatea se

referă la evaluarea categorială după DSM-IV-TR. Unele au în plus întrebări pentru a se aplica la ICD-10. Ele diferă prin numărul de itemi și durata de aplicare. Unele – ca IPDE și SCID-II – au variante de *screening*, fapt ce ajută la o orientare generală și o ulterioară orientare mai detaliată asupra unei categorii. În majoritate, întrebările sunt organizate astfel încât se referă, pe rând, la diverse categorii. IPDE, PDI-IV și SIDP-IV au și versiuni organizate tematic (domeniul muncii, al relațiilor interpersonale, interese, hobby). Ambele metodologii de aplicare au avantaje și dezavantaje, dar rezultatul final este, în general, același :

- Interviurile centrate pe un anumit tip de tulburare – borderline, narcisică, psihopatică – se folosesc în cercetare. Modelul cu cinci factori permite să se evalueze personalitatea în ansamblu.
- Interviurile de autoadministrare nu sunt direct orientate spre diagnosticul categorial, dar unele pot fi utilizate în acest sens : MMPI cere destul de mult timp. Cel mai utilizat în cercetări este MCMI-III. Acesta permite și diagnosticul unor categorii ce nu sunt în DSM-IV-TR. Wisconsin Personality Inventory – IV și SASB sunt puternic influențate de teoria interpersonală și a relațiilor obiectuale. TCI măsoară personalitatea și din perspectiva funcționării sociale. NEO-PI-R măsoară cele cinci dimensiuni fundamentale ale personalității acceptate de psihologii preocupați de trăsături. SWAP-200 are în vedere și mecanismele de apărare. Alte inventare măsoară anumite trăiri patologice ale persoanei.

Deși e destul de răspândită opinia că autoevaluarea lasă loc unei mai mari subiectivități decât evaluarea făcută de operatorul de interviu, rezultatele sunt, în general, aceleași. Repetarea aceluiași chestionar la aceeași persoană la intervale nu prea mari de timp e destul de stabilă. Ea nu e inferioară ca stabilitate hetero-evaluării repetate efectuate de același evaluator.

Evaluarea severității tulburărilor de personalitate nu e clar precizată într-o serie dintre instrumentele standardizate. Cele mai multe interviuri categoriale sunt orientate de criteriile de diagnostic a diverselor categorii de tulburări de personalitate și urmăresc identificarea acestora, eventual intensitatea cu care se manifestă un anumit tip. O evaluare de ansamblu a gravității tulburărilor de personalitate nu e totdeauna clar formulată. Un criteriu mai semnificativ pentru prezența și granițele tulburărilor de personalitate de un anumit tip ar putea fi, așa cum sugera Tyrer, măsura în care prezența mai accentuată a unei răsături perturbă funcționalitatea socială. În instrumentul PAS elaborat de Tyrer, cotarea se face pe o scară cu nouă poziții, din perspectiva perturbării și dezadaptării sociale pe care trăsăturile (și, secundar, categoriile de tulburări de personalitate) o condiționează. Centrat pe disfuncționalitatea socială mai este și instrumentul Adult Personality Functioning Assessment (APFA ; Hill *et al.*, 1989) ; acesta evaluează doar prezența tulburărilor de personalitate în ansamblu, fără trimitere la categorii. O disfuncționalitate socială evidentă e prezentă la tulburările de personalitate ce ajung pentru mult timp în detenție, dar nu există instrumente specifice pentru măsurarea acesteia. Scala de evaluare a psihopatiei elaborată de Hare poate avea valori destul de mari și la persoane performante din societate.

Efortul de evaluare standardizată a tulburărilor de personalitate este deosebit de important și ajută la reducerea arbitrarului în acest domeniu. Totuși, aplicarea o singură dată a unui instrument de diagnosticare nu e totdeauna satisfăcătoare. Contactul prelungit cu o persoană, în diverse împrejurări, și reevaluarea repetată poate crește sensibilitatea și credibilitatea evaluării. Ideal ar fi sistemul LEAD (Longitudinal Expert Evaluation That Includes All Data – Spitzer, 1983 ; Skodal, 1988). Dar experții în materie se formează greu și nu clar, în cazul tulburărilor de personalitate, ce înseamnă faptul de a include „toate datele”.

Evaluarea standardizată a tulburărilor de personalitate oscilează între categorial și dimensional. Ambele perspective au avantajele și dezavantajele lor. Un sistem categorial include un număr finit de tulburări de personalitate și descrierea acestora, criteriile pentru diagnosticul lor. Dar aceste sistematizări se schimbă în timp, iar în cazul tulburărilor de personalitate avem nevoie de rezultate în perspectiva unor durate îndelungate. Diagnosticalele puse prin raportare la DSM-III nu mai sunt întru totul identice cu DSM-IV, iar versiunea DSM-V, care urmează să apară, va introduce și ea schimbări. Pentru tulburările de personalitate contează însă și cum sunt acestea pentru 5, 10 sau 20 de ani, când criteriile vor fi altele. La fel, studiile epidemiologice ce se bazează pe un sistem de diagnostic se cer re-verificate dacă acestea o schimbă. Pe de altă parte, abordarea dimensională nu permite o suficientă comunicare între cercetători, deși are avantajul flexibilității și a unei imagini mai complexe a persoanei, relevând și aspectele sale normale, concomitente.

8.4. O sugestie pentru alegerea instrumentelor

Tyrer (2000) face următoarele propuneri pentru alegerea instrumentelor în vederea măsurării tulburărilor de personalitate :

Tabelul 8.1. *Alegerea instrumentelor pentru evaluarea tulburărilor de personalitate*

Intenția investigării	Instrumente sugerate
Instrumente de <i>screening</i> pentru investigarea completă a tulburărilor de personalitate.	Iowa Personality Disorder Screen (Langbehn <i>et al.</i> , 1999). Standardized Assessment of Personality (Mann <i>et al.</i> , 1981).

Intenția investigării	Instrumente sugerate
Chestionare de personalitate doar pentru trăsături	Nu e posibilă o sugestie în raport cu câte sunt disponibile. Se pare că cel mai folosit este NEO-PI-R (Costa și McCrae, 1992).
Autoevaluare pentru tulburările de personalitate	Personality Disorder Questionnaire (PDG-IV; Hyler, 1994).
Așertarea psihodinamică a tulburărilor de personalitate	Karolinska Psychodynamic Profile (Kapp; Weintyb și Rossel, 1991). Hare Psychopathy Check List (Hare, 1991).
Populație forensică Diagnosticul comprehensiv al tuturor tulburărilor de personalitate din ICD și DSM	International Personality Disorder Examination (IPDE; Loranger <i>et al.</i> , 1994).
Tulburările de personalitate din DSM-IV	E dificil să se aleagă dintre multele instrumente accesibile; nu e posibilă o alegere fermă.

E necesar să existe tot timpul conștiința faptului că, deși eforturile continue aduc în permanență ameliorări, nici în domeniul diagnosticului tulburărilor de personalitate nu se poate pretinde perfecțiune. Tulburările de personalitate sunt un construct parțial, iar instrumentele de evaluare sunt un mijloc de a merge în direcția acestui construct. Suntem într-un domeniu în care, din principiu, un nivel al aproximării se cere acceptat. Totuși, o sinteză e necesară. Înmulțirea peste măsură a instrumentelor de diagnostic poate ajunge să fie contra-productivă. Tyrer (2000) afirma: „Există poate prea multe instrumente în bucătărie și nu e surprinzător că e greu de făcut o rețetă bună de mâncare”. E necesar deci un efort de consens.

Capitolul 9

Epidemiologia tulburărilor de personalitate

În măsura în care tulburările de personalitate sunt numite „boli”, adică tulburări psihice – optică pe care o cultivă DSM-III, DSM-IV și ICD-10 –, se pune problema incidenței și prevalenței acestora într-o comunitate dată, într-un loc și timp precizat, la fel ca pentru orice altă boală; prin urmare, se pune problema studierii epidemiologiei tulburărilor de personalitate.

La acest nivel, iese în evidență faptul că asimilarea directă a tulburării de personalitate cu conceptul de boală este forțată. Apropieri și analogii se pot face, desigur, dar pretenția de a avea un contur clar diagnostic, care ar permite detectarea ei în populația generală, apare ca exagerată. Totuși, încercări se pot face: s-au făcut și încă se mai fac. Faptul e posibil doar dacă se adoptă punctul de vedere categorial, maladiv-nosologic. În perspectivă dimensională, apare, în mod evident, un continuum care ridică problema punctului de cotitură, deci de trecere de la normal la patologic. Pașii ce s-au făcut și se fac în abordarea epidemiologiei tulburărilor de personalitate sunt utili și importanți pentru reflecția asupra problemei și ca puncte de plecare pentru abordări ulterioare.

9.1. Studiile epidemiologice privitoare la tulburările de personalitate

Studiile epidemiologice în domeniul tulburărilor de personalitate sunt de dată recentă. Până în 1980, nu au existat criterii explicite de diagnostic – cu excepția celor pentru TP antisocială, publicate în *Criteriile Pfheiner*, în 1974. Apoi nu au existat instrumente standardizate de diagnostic. După apariția acestora a trebuit să se organizeze și să se finanțeze cercetări sistematice.

Cu toate acestea, au existat câteva eforturi în această direcție. În 1956, Essen-Müller (*apud* Casey, 2001) a intervievat 2 550 de persoane pentru a determina frecvența tulburărilor de personalitate în populație, utilizând criteriile ce existau pe atunci. El a identificat 29% dintre bărbați și 19% dintre femei ca având probleme evidente de tulburare de personalitate. În plus, 13% dintre bărbați și 38% dintre femei aveau „stări astenice”, iar 14% dintre bărbați și 2% dintre femei aveau asociat abuzul de alcool. Terminologia vagă și lipsa descrierilor fac astfel ca datele să fie greu de utilizat.

Searle *et al.* (*apud* Casey, 2001) studiază, în Marea Britanie, 1 660 de adulți, utilizând MMPI și interviul liber. Leighton (1963) studiază, în Sherling County, 1 010 copii de familie și relevă tulburări de personalitate și sociopatie la 11% dintre bărbați și 5% dintre femei. În 1978, UEMM interviuează, în New Haven, 938 de adulți și urmărește 511 dintre aceștia, timp de 3-9 ani. Evaluarea a fost făcută cu SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, instrument elaborat de Spitzer și Edincott), care nu este special adaptat pentru tulburările de personalitate. Au fost identificate 45% de cazuri cu personalitate depresivă și 0,2% cu ciclotimie.

După ce s-a stabilit criteriologia din DSM-III și instrumentele de diagnostic standardizate, atenția a fost centrată pe identificarea tulburărilor de personalitate la cazurile clinice, la cele care deja au

ajuns în evidența medico-psihiatrică, cu diagnostic de Axa II. Investigațiile epidemiologice ulterioare au ridicat problema metodologiei speciale privitoare nu doar la instrumentul de aplicat și la metodologia de obținere a datelor, ci și cu privire la selecția loturilor de investigat și costurile mari. La peste 25 de ani de la publicarea DSM-III, studiile epidemiologice referitoare la tulburările de personalitate sunt încă puține pe plan internațional, majoritatea lor, cele care se referă la criteriile DSM-III și DSM-III-R, fiind discutabile din multe puncte de vedere. Au fost publicate succesive treceri în revistă ale acestor studii: în 1986, Merikangas și Weissman; în 1993, Weissman; în 2001, Mattia și Zimmerman; în 2005, Torgersen. Unele studii au fost făcute pentru Axa I și au inclus parțial și Axa II. Altele au avut în vedere comparativ cele două axe sau, mai rar, s-au făcut doar pentru detectarea Axei II.

În continuare, vor fi menționate câteva studii clasice efectuate până în 1990, care au folosit criteriile din DSM-III și DSM-III-R (*apud* Mattia și Zimmerman, 2001). După cum se va putea observa, instrumentele utilizate au fost variate:

- Baron *et al.* (1985), 374 de cazuri – instrument SIB-SADS;
- Black *et al.* (1993), 127 de cazuri – instrument SIDP;
- Blanchard *et al.* (1988), 93 de cazuri – instrument SCID-II;
- Bland *et al.* (1988), 3 258 de cazuri – instrument DIS;
- Coryell și Zimmerman (1989), 369 de cazuri – instrument SIDP;
- Drake și Vaillant (1985), 369 de cazuri – instrument nespecificat;
- Erlennmeyer-Kimling *et al.* (1995), 3 699 de cazuri – instrument PDE;
- Kendler *et al.* (1993), 580 de cazuri – instrument SIS;
- Kessler *et al.* (1994), 8 098 de cazuri – instrument CIDI;
- Lanzenweger *et al.* (1997), 810 de cazuri – instrument IPDE;
- Maier *et al.* (1992, 1995), 320 de cazuri – instrument SCID-II;
- Regier *et al.* (1998), 1 857 de cazuri – instrument DIS;
- Reich *et al.* (1989), 235 de cazuri – instrument PDQ;

- Swartz *et al.* (1990), 1 541 de cazuri – instrument DIB-DIS ;
- Wells *et al.* (1989), 1 489 de cazuri – instrument DIS.

Unele dintre aceste studii au vizat toate tulburările de personalitate, altele doar câte una, iar o parte, mai multe tipuri, fapt care explică parțial varietatea instrumentelor.

În SUA au existat două mari tendințe de cercetare epidemiologică ce au cuprins și tulburările de personalitate (*cf.* Mattia și Zimmerman, 2001). Acestea sunt :

- The National Institute of Mental Health's Epidemiologic Catchment Area Study (ECAS ; Regier *et al.*, 1998). Acesta a vizat culegerea de date despre marea majoritate a tulburărilor cuprinse în DSM-III, dar din Axa II a fost cooptată doar TP antisocială. Au fost investigați mai mult de 15 000 de subiecți, din cinci locuri (New Haven, Baltimore, St. Louis, North Carolina, Los Angeles), instrumentul folosit fiind DIS (Robins *et al.*, 1981), care e un interviu structurat.
- Al doilea studiu american e National Comorbidity Survey (NCS ; Kessler *et al.*, 1994) care a abordat 8 000 de subiecți între 15 și 54 de ani, selectați din 48 de state diferite ale SUA. Criteriile au fost cele din DSM-III-R, iar ca instrument s-a folosit CIDI (1990), interviu structurat elaborat de WPA pe baza DIS și administrat de către interviator sau clinician. Și în acest studiu, singura tulburare de personalitate inclusă a fost tot cea antisocială.

Metodologia selecției cazurilor

În afara acestor studii care nu au fost centrate pe tulburările de personalitate, dar care au inclus categoria menționată, alte studii au avut ca obiectiv chiar tulburările de personalitate. În majoritatea cazurilor, selecția populației-țintă s-a bazat pe grupurile de control normale, evaluate pentru comparație în studierea altor tulburări psihice. Uneori s-a recurs la membrii familiei acestora sau la membrii

familiei bolnavilor studiați. Au mai fost studiați, indirect, și absolvenți de universități și personal medical. Foarte rar a existat o selecție după metode epidemiologice obișnuite. Vom menționa în continuare câteva cercetări în perspectiva selecției cazurilor.

Din studiile pe grupe de control, menționăm câteva pentru a evidenția metodologia de selecție a loturilor (*cf.* Mattia și Zimmerman, 2001).

Baron *et al.* (1985) studiază 374 de persoane de control, dintre rudele sănătoase ale unor pacienți cu schizofrenie. Ca instrumente s-au folosit SNDS-L (1978), SIB (1985), cu întrebări suplimentare pentru alte tulburări de personalitate decât cele de tip borderline.

Blachard *et al.* (1995) studiază 93 de indivizi dintr-un grup de control, în cadrul unei cercetări privitoare la pacienții cu tulburare de stres posttraumatic. Aceștia au fost intervievați cu SCID și SCID-S (Spitzer *et al.*, 1990) de către psihologi experimentați.

Drake și Vaillant (1985) studiază 369 de bărbați dintr-un grup ce a fost recrutat drept grup de control în studiul delincvenței juvenile. Subiecții au fost chestionați timp de două ore cu un interviu nestructurat, de un clinician experimentat.

Coryell și Zimmerman (1989) interviează 185 de rude de gradul I ale unor persoane de control normale, folisind DIS și SIDP (Pfohl, 1982). Ei au fost recrutați din personalul spitalului și au fost reținute doar acele persoane care nu au avut tulburări corespunzătoare Axei I. Au fost studiate și 612 persoane ce reprezentau rudele de gradul I.

Erlenmeyer-Kimlig *et al.* (1995) au reunit un grup format din părinți de la două școli din New York, care nu au avut tulburări psihice și care aveau copii, de asemenea, sănătoși. Au fost investigați cu SADS-L și PDE (Loranger *et al.*, 1987).

Kendler *et al.* (1993) evaluează 580 de relativi ai 150 subiecți de control, selectați dintr-un registru de nume din vestul Irlandei. A fost utilizat SCID și SIS (Kentlo *et al.*, 1989) pentru schizotipalitate.

Maier *et al.* (1992) recrutează 109 subiecți de control din zona Mainz (Germania) și investighează și 320 rude ale acestora cu SCID II. Interviuul a fost condus de 10 medici și asistenți pregătiți în acest sens. Selecția cazuisticii a fost făcută de o companie specializată în marketing.

Alți cercetători au urmat mai îndeaproape metodologiile epidemiologice clasice.

Lanzenweger *et al.* (1997) a desfășurat o cercetare la Cornell University, în care 15 cercetători au folosit metoda „din ușă în ușă”, propunând un studiu contra plată. Au participat 1 684 de subiecți care au completat inițial IPDE-S, versiunea de *screening*. Dintre aceștia, au fost selectați pentru interviul direct cu IPDE și SICD 114 de cazuri probabile și 124 negative.

Reich *et al.* (1989) selectează cazuistica dintr-un orașel universitar, randomizarea făcându-se prin codul poștal și alegându-se 401 de subiecți din 36 097 de adulți cu adresă poștală. Acestora li s-a aplicat PDQ (Hyer *et al.*, 1983), care e un chestionar de auto-referință.

Datele obținute din astfel de studii indică faptul că prevalența a cel puțin o tulburare de personalitate este de aproximativ 10-15%. Prevalența fiecărui tip specific de tulburare de personalitate variază între 1% și 3%. Bărbații și femeile sunt repartizați aproximativ egal. Din punctul de vedere al unor tulburări specifice, sunt raportate date variabile. Tulburarea de personalitate este asociată cu perturbarea vieții familiale și a ocupației.

Cele prezentate mai sus indică faptul că nu s-au făcut, până în prezent, cercetări populaționale suficient de ample, sistematice. În afara cercetărilor lui Lanzenweger (1997), efectuate pe studenți, restul cercetărilor din SUA pornesc de la alte studii clinice și utilizează grupul de control al acestora sau rude ale acestui grup de control. Puținele studii efectuate în Europa au alt profil. Cercetările lui Maier, făcute în Bavaria, au selecționat cazuistica prin codul

poștal, făcându-se apel la o firmă specializată în randomizări. Un studiu amplu și complex a fost realizat la Oslo de către Torgersen *et al.* (2005). Au fost selectați 3 590 de cetățeni cu vârsta cuprinsă între 18 și 65 de ani din Registrul Național din Oslo. Au răspuns 2 053 de subiecți (57%) care au fost intervievați personal.

9.2. Rezultate

Privitor la rezultate, acestea sunt încă destul de variabile și vagi. Detaliind și dezvoltând cele menționate mai sus, se poate spune că, pentru toate tulburările de personalitate, există foarte mari variații: între 3,9% și 22,7%. Prevalența tulburărilor de personalitate în ansamblul populațiilor studiate (*apud* Mattia și Zimmerman, 2001), este următoarea:

Tabelul 9.1. Prevalența tulburărilor de personalitate în ansamblul populațiilor studiate

Studiu	Prevalența (%)
Black <i>et al.</i> (1993)	33,1
Coryell și Zimmerman (1989)	14,6
Drake și Vaillant (1997)	23,0
Lanzenweger <i>et al.</i> (1997)	6,7
Maier <i>et al.</i> (1995)	9,0
Reich <i>et al.</i> (1989)	11,1
Prevalența medie (%)	12,9

Pentru tulburările de personalitate specifice, acestea variază între 1% și 3%. Diverși autori au semnalat unele diferențe între sexe. Torgersen, Zimmerman și alții constată că: în clusterul A, TP schizoidă ar fi mai frecventă la bărbați; în clusterul B, TP antisocială

și TP narcisică ar fi mai frecventă la bărbați, cea histrionică la femei, iar cea de tip borderline este egal distribuită; în clusterul, C TP obsesiv-compulsivă e mai frecventă printre bărbați, TP dependentă, printre femei, iar în ceea ce privește TP evitantă, unii o găsesc mult mai bine reprezentată tot la sexul feminin.

Frecvența mai mare a TP antisocială la bărbați și a TP dependentă la femei nu surprinde, dar lipsa diferenței în cazul TP de tip borderline e interesantă. În general, datele statistice confirmă opinia clinicienilor.

În privința vârstei, la populația ce apare în studiile epidemiologice predomină vârsta tânără față de cea înaintată. Există o opinie tradițională în acest sens și poate că studiile epidemiologice viitoare o vor confirma. Una dintre explicații ar fi creșterea progresivă a capacității de autocontrol odată cu vârsta și dispariția unora dintre pacienții cu tulburări de personalitate prin suicid, accidente sau diverse boli. Unele studii indică pentru clusterul A o populație mai vârstnică decât pentru clusterul B. Dimensiunile dramatice/emoționale scad cu vârsta, la fel ca și cele agresive și impulsive. Pentru clusterul C nu se observă o predominanță la diferite vârste. Datele epidemiologice nu sunt însă pregnante și clare.

Persoanele cu tulburări de personalitate sunt mai frecvent separate sau divorțate față de cele fără, dar și mai frecvent necăsătorite. În ceea ce privește tipologia, nu dispunem de date clare. Mai există și variații transculturale. De exemplu, în Norvegia (studiul lui Torgersen), obiceiul de a trăi împreună fără a fi căsătoriți se răspândește și e prezent în egală măsură și la cei cu tulburări de personalitate, și la cei fără. Paranoicii sunt mai des divorțați, iar schizoizii sunt, de regulă, necăsătoriți.

Unele studii indică faptul că cei cu tulburare de personalitate sunt mai puțin educați decât cei fără tulburare de personalitate. Datele depind și de zona de selecție a cazuisticii. Singurul tip recunoscut cu bune rezultate este cel obsesiv-compulsiv.

Majoritatea celor investigați în studiile epidemiologice locuiesc în zone aglomerate, mai sărace. Ca și în alte cazuri psihopatologice, faptul poate exprima o dublă condiționare. Tulburarea conduce spre scăderea performanței sociale și anonimă, iar zona locativă supra-aglomerată accentuează tulburările de personalitate, influențele fiind în ambele sensuri. În zonele aglomerate, toleranța pentru comportamentele deviate și excentrice e mai mare.

Deși în centrul definiției tulburării de personalitate se află problemele interpersonale, disfuncționalitățile sociale și reducerea stării de bine (*well-being*), doar un singur studiu abordează calitatea vieții la această cazuistică (Cramer *et al.*, 2000). S-au urmărit: starea subiectivă de bine, autorealizarea, relațiile cu prietenii, suportul social, evenimentele negative de viață, relația cu familia de origine, calitatea vecinătății. Cea mai scăzută calitate a vieții a fost întâlnită la TP schizotipală, de tip borderline și evitantă. Dar toate persoanele cu tulburare de personalitate au o calitate a vieții scăzută. Există o corelație directă între aceasta și disfuncția socială a persoanelor. Chiar dacă ambianța socială nu e de natură să diminueze calitatea vieții, aceasta e deficitară la cei cu tulburare de personalitate.

Toate studiile indică o mare comorbiditate psihiatrică corespunzătoare Axei I. Maier *et al.* o evaluează la 63,3%. Peste jumătate din cei cu TP paranoidă, histrionică, evitantă, dependentă sau obsesiv-compulsivă întrunesc criteriile și pentru diagnostice corespunzătoare Axei I. Cea mai mare comorbiditate s-a întâlnit la TP antisocială, mai ales cu dependența și abuzul de alcool și droguri, dar și cu depresia. În studiul lui Zimmerman, persoanele cu tulburare de personalitate prezentau o rată de șapte ori mai mare de tentative suicidare decât populația generală. În cadrul comorbidității se întâlnesc toate diagnosticele funcționale ale DSM-IV.

Este semnificativ faptul că frecvența mare a tulburărilor de pe Axa I la cei cu tulburare de personalitate, ce a fost identificată în studiile epidemiologice, a completat perspectiva propusă de studiile clinice.

E de menționat că în unele studii epidemiologice au fost excluse din cazuistică – din motive metodologice – persoanele ce au avut tulburări psihice corespunzătoare Axei I, astfel încât o imagine statistică a acestei corelații este încă greu de conturat.

9.3. Tulburările de personalitate în zona medicală

Evaluarea populației generale prin studii epidemiologice psihiatrice este foarte greu de structurat astfel încât să fie reprezentativă. Bunul-simț sugerează că sunt zone ale societății în care tulburarea de personalitate ar putea fi mai frecventă, așa cum sunt: închisorile (și în general, populația infracțională), unele grupuri extremiste (din politică, acțiune socială, religie), unele zone ale armatei, (specializate în intervenții deosebite), persoanele cu eșecuri repetate în studiu, profesie, cei ce practică sporturi extreme, *homeless* etc. Nu s-au făcut însă studii sistematice în toate aceste direcții. O zonă specială este și populația ce vine în contact cu serviciile medicale, nu neapărat cele psihiatrice. Acest domeniu a fost parțial cercetat.

Cele mai multe și sistematice studii asupra tulburărilor de personalitate în cazuistica medicilor de familie (*general practitioner*) s-au efectuat în Marea Britanie (Casey, 2001). Ele au început în 1960, când Kessel a studiat 911 pacienți, depistând un procent de 5% cu „personalitate anormală”; urmează studiile lui Cooper (1972), Hooper *et al.* (1979), Man *et al.* (1981), Casey *et al.* (1984), Casey și Tyrer (1990), Seivewring *et al.* (1991). Alte cercetări s-au făcut în SUA – Kessler *et al.* (1985), Regie *et al.* (1985) –, în Germania – Dilling *et al.* (1989) – și în Italia – Ceroni *et al.* (1992). Cercetările britanice (Casey *et al.*, 1984) au indicat că, din 5 pacienți care vizitează medicul generalist, cel mult trei persoane îndeplinesc criteriile care avertizează asupra unei tulburări de personalitate. Doar o mică parte dintre aceștia sunt recunoscuți ca atare de medic.

Cele mai frecvente cazuri sunt din clusterul B (mai ales cele de tip borderline) și C (datorită anxietății și depresiei).

Studiile efectuate până în prezent indică faptul că cei cu tulburări de personalitate se prezintă la medic mai des decât alții, mai mult decât e necesar, nu colaborează bine și sunt mari consumatori de servicii medicale. Acest fapt apare mai pregnant dacă se au în vedere și pacienții din diverse servicii specializate, care au tulburări de personalitate și care pot fi identificați și urmăriți prin serviciile psihiatrice de legătură. Pe lângă neurologie, se poate menționa dermatologia, medicina genito-urinară și multe altele. Patologia din clasa tulburărilor somatoforme sau sidromul Münchausen au strânse corelații cu tulburările de personalitate. O mare parte dintre cazurile ce apar în serviciile de urgență cu tentative suicidare, accidente și leziuni, ca urmare a confruntărilor interpersonale, au tulburări de personalitate; la fel, majoritatea celor care primesc îngrijiri pentru adicție etanolică sau toxicomanii.

Cazuistica serviciilor medicale este un sector al populației generale în care tulburările de personalitate sunt frecvente. La acest nivel, ele pot fi identificate mai ușor, existând timpul disponibil, iar identificarea se face în folosul prognosticului, a strategiei colaborării dintre medic și pacient și în perspectiva evaluării costurilor medicale.

Perspective ale epidemiologiei tulburărilor de personalitate

Studierea epidemiologiei tulburărilor de personalitate nu s-a realizat decât parțial. Ceea ce se poate aproxima este că, în populația generală, tulburările de personalitate sunt răspândite la aproximativ 10% din populație. Probabil ele se agregă mai mult în anumite zone populaționale. Diferențierea după tipuri și caracteristici demografice nu e foarte mare. Tulburările de personalitate sunt însoțite, în ansamblu, de o scăzută performanță în rolurile sociale și o redusă calitate a vieții.

Dezvoltarea studiilor epidemiologice în acest domeniu e dificilă și problematică. De obicei, problemele care apar sunt:

- costul mare al cercetărilor. Evaluarea tulburărilor de personalitate cere mult timp, iar evaluarea multor cazuri e foarte costisitoare ;
- multiple dificultăți metodologice. Foarte important e instrumentul cu care se face evaluarea. Trebuie să fie un instrument valid și credibil, reproductibil. Chestionarul de autoevaluare poate fi util, dar are o importantă marjă de eroare. Chestionarele structurate, aplicate de personal specializat și experimentat ar avea un grad crescut de credibilitate. Totuși, și ele sunt limitate. Regula generală de evaluare cere ca în cazul tulburării de personalitate să fie chestionată și o persoană sau rudă apropiată, care cunoaște bine pacientul, fapt ce se realizează foarte greu în studiile epidemiologice. S-a recunoscut, de asemenea, că, oricât de detaliat ar fi un chestionar, el nu poate concura cu examinarea clinică repetată, care, pe lângă răspunsurile la întrebări, realizează o sinteză intuitivă și integrează date expresive și comportamentele din cursul internării sau al unei perioade mai îndelungate de evaluare. În plus, pentru o credibilitate crescută, o evaluare ar trebui replicată la același caz, cu același instrument, de aceiași investigatori, la un interval nu prea mare de timp ;
- dificultățile legate selecția cazurilor. Pentru ca rezultatele să fie semnificative pentru populația generală, loturile studiate ar trebui să fie nu numai mari, ci și din diverse medii, structurate după regulile epidemiologiei științifice. Nu trebuie ignorat faptul că anumite toposuri sociale pot grupa o populație crescută de persoane cu tulburare de personalitate, așa cum sunt închisorile, populația *homeless* etc. ;
- din perspectiva populației psihiatrice trebuie să nu se omită că multe cazuri cu probleme nu ajung în instituții și se tratează în cabinete și servicii private, uneori recurgându-se la consiliere și psihoterapie. Înregistrarea acestora e dificilă, din cauza exigenței de respectare a intimității ;
- un aspect esențial este delimitarea conceptuală a tulburărilor de personalitate și criteriile de cercetare – generale, tipologice și pe

clustere. Se cere reamintit faptul că această problemă nu e închisă. Există și în prezent clustere, ca, de exemplu, cel al „psihopatiei”, care nu se suprapun decât parțial pe sistematizarea oficială. Și, de asemenea, există o foarte serioasă tendință de evaluare dimensională a tulburărilor de personalitate, care nu poate fi surprinsă prin cercetările epidemiologice ;

- variabilele transculturale, în sens larg, incluzând nu numai culturi diferite, ci și zone cu tradiții diferite, precum și tendința de metamorfozare rapidă a societății actuale fac ca problema tulburării de personalitate să fie una deschisă, care trebuie, în permanență, rediscutată și reformulată.

Deși evaluarea tulburărilor de personalitate din punct de vedere epidemiologic nu a condus până în prezent la concluzii ferme, trebuie subliniată necesitatea unei gândiri elastice în acest domeniu, larg deschis spre antropologie, care combină rigoarea nomotetică cu comprehensiunea ideografică, schematismul cazurilor prototipice cu ghidajul orientativ al cazului ideal și care implică evaluatorul, cercetătorul și practicianul nu doar cu știința, ci și cu responsabilitatea sa.

Capitolul 10

Condițiile comorbide ale tulburărilor de personalitate

În prezent, se discută mult despre „comorbiditatea” între tulburările de personalitate și tulburările psihice episodice sau sindroamele psihopatologice. Discuția pe această temă se poartă deci în cadrul medicinei psihiatrice și are loc în cadrul unei tendințe persistente de psihiatrizare a vieții psihice a oamenilor din societatea contemporană.

Concepția „comorbidității” este medicală, fiind în mare măsură tributară separării axelor și tendinței neokraepelinene de a diviza psihiatria în mici unități categoriale, considerate distinct. Din 1980, când DSM-III a lansat această viziune, ea a fost supusă multor comentarii și critici.

Comorbiditatea sau coocurența dintre două entități morbide, în cazul de față dintre Axa I și II, necesită modele de interpretare. În prezent, sunt propuse câteva astfel de modele fără a exista o opțiune tranșantă.

Comorbiditatea sau coocurența dintre Axa I și Axa II se cere nu doar presupusă, ci și dovedită prin studii reproductibile. Aceasta ridică multe probleme metodologice privitoare la definiții, criterii, concepții, instrumente, la selecția cazuisticii și la perspectiva longitudinală. Bilanțurile studiilor efectuate până în ultimul timp evidențiază,

într-adevăr, existența unor comorbidități pregnante, dar concluziile sugerează o importanță mai mare a clusterelor decât a categoriilor individuale din DSM-IV.

Preocupările ultimilor ani, privitoare la abordarea dimensională a tulburărilor de personalitate, inclusiv în cadrul problemei comorbidității dintre Axa I și Axa II, sunt tot mai insistente. Acest fapt permite și o înțelegere a continuității cu normalitatea psihică a tulburărilor de pe cele două axe. Din altă perspectivă, terapia tinde să modifice și ea înțelegerea acestei coocurențe.

10.1. Medicalizarea psihiatrică a omului contemporan

În a doua jumătate a secolului XX, a apărut o tendință de medicalizare psihiatrică din ce în ce mai accentuată. Tristețea milenară a oamenilor a devenit tot mai mult simptom depresiv, diagnosticabil și tratabil, inclusiv în formele medii și ușoare. La fel, neliniștea, anxietatea, iritarea, impulsivitatea, reacțiile de spaimă sau dificultățile de adaptare la schimbările de viață. Suspiciunea, expansivitatea și convingerile, experiențele religioase și riposta la injurii au și ele limite greu de stabilit între normalitate și entități psihiatrice, care s-ar cere supuse tratamentului. Unele trăsături tipologice caracteriale sunt promovate și premiate în cadrul stilului de viață contemporan, iar altele amendate. Sunt promovate sociabilitatea și pragmatismul, inițiativa și adaptarea rapidă la schimbări. Nu sunt tolerate retragerea, inhibiția, emotivitatea, depresia sau un atașament prea mare față de tradiție. Nu e încurajată toleranța la suferință, suportarea acesteia. De asemenea, nu e promovat în mod suficient autocontrolul calmul, răbdarea, suportarea cu seninătate a dificultăților. Consultarea specialiștilor pentru orice problemă sufletească e corelată și cu metamorfozele în convingerile religioase, în structura familiei și educației. Reclama

firmelor de medicamente pentru soluții rapide și eficiente față de disconfortul și problemele psihice ale oamenilor au, pe lângă aspectul lor pozitiv, și consecința creșterii medicalizării problemelor sufletești ale omului.

Particularitățile caracteriale ale persoanei au intrat și ele în acest mecanism. Caracterizarea și etichetarea tipologică a persoanelor e o constantă umană. Diagnosticul în direcția tulburărilor de personalitate s-a dezvoltat însă impetuos după diferențierea axelor din DSM-III (1980), sistem ce se bazează pe categorii prototipice. Ultimii ani au adus în prim-plan tema tratamentului medicamentos și psihoterapeutic al tulburărilor de personalitate. Dincolo de aspectul benefic al acestui demers se răspândește însă și ideea că problemele legate de personalitate sunt o boală ca oricare alta. Reacția specialiștilor nu a întârziat, ea exprimându-se prin promovarea interpretării dimensionale a tulburărilor de personalitate, prin sublinierea diferențelor de intensitate a acestei tulburări și a posibilei ei metamorfoze în timp. Însăși ideea de „tratament” a personalității e în plină metamorfoză.

10.2. Comorbiditatea

Prin comorbiditate se înțelege prezența, la un individ, a două boli distincte, concomitent sau succesiv, astfel încât existența lor să nu fie o simplă întâmplare. Se mai folosește, în acest sens, termenul de *coocurență* (Dolan-Sewel, 2001). Se presupune explicit că cele două boli sunt distincte și nu au zone importante de acoperire reciprocă. După DSM-III, tema comorbidității în psihiatrie a devenit o problemă importantă, deoarece :

- bolile (tulburările psihice, sindroamele psihopatologice) sunt concepute categorial, fiecare cu definiția sa, cu criteriile sale de diagnostic. Sunt circumscrise multe astfel de tulburări (sindroame),

presupuse ca distincte, deși, în practică, pentru fiecare se menționează o importantă coocurență ;

- tendința sistemului actual de clasificare a bolilor este una de divizare în unități sindromatice mici, deși pentru unele sindroame se menționează criterii ce apar și la altele, astfel încât delimitările sunt, de fapt, vagi ;
- tulburările de personalitate sunt plasate pe Axa II, fapt ce ridică problema coocurenței cu sindroamele de pe Axa I ;
- tulburările de personalitate sunt prezentate categorial, dar cu limite destul de vagi ;
- cercetările cazuistice au indicat faptul că identificarea unui singur tip de tulburare de personalitate e rară, cel mai frecvent întrunindu-se criteriile a două sau mai multe categorii la aceeași persoană. Ar exista deci o mare comorbiditate între tipurile de tulburări de personalitate, în măsura în care fiecare dintre ele e considerată ca o boală distinctă (Skodal, 2005).

Kendler (1987) citat de Tyrer (2000) descrie șase strategii pentru a susține existența diagnosticului unei boli distincte :

- a) identificarea și descrierea unui sindrom psihopatologic caracteristic ;
- b) demonstrarea limitelor dintre acest sindrom și alte sindroame prin funcții discriminatorii ;
- c) studii catamnestice care stabilesc un curs și un rezultat specific ;
- d) specificitate terapeutică ;
- e) studii familiale care să indice patologii identice sau asemănătoare ;
- f) asocierea cu unele anomalii mai fundamentale, biologice, psihologice, biochimice sau moleculare.

Nu toate entitățile nosologice de pe Axa I și Axa II din DSM-III și DSM-IV îndeplinesc aceste condiții. Au existat și există însă și rațiuni pentru o hiperdivizare a categoriilor nosologice, mai ales în

domeniul tradițional al psihopatologiei nevrotice, după cum există și argumente împotriva. Acestea sunt prezente în felul următor de Tyrer (2000):

Tabelul 10.1. *Argumente în favoarea și împotriva divizării categoriilor nosologice*

Argumente în favoarea	Argumente împotriva
Oferă noi oportunități pentru noi medicamente – o mai mare deschidere a pieții.	Există slabe evidențe pentru stabilitatea în timp a noilor diagnostice.
Promovează cercetarea, mai ales în direcția comorbidității.	Există o importantă comorbiditate a tulburărilor care sugerează că nu sunt omogene.
Creează condiții mai bune pentru studiile epidemiologice.	Există o slabă evidență a specificității farmacologice sau psihologice în perspectiva tratamentului.
Aduce un suport pentru mecanismele de acțiune în cercetarea farmacologică.	Evidența privitoare la diferențele în evoluție este slabă. Există o slabă sau nulă evidență în ceea ce privește substratul genetic al fiecărei tulburări specifice.

Actualele cercetări sunt în cea mai mare parte făcute din perspectiva DSM-III și DSM-IV. Majoritatea studiilor se referă la cazuri care au intrat în evidență pentru o tulburare de pe Axa I și la care se identifică diagnosticul pe Axa II, dar există și unele studii care diagnostichează întâi recurgând la Axa II, urmărind comorbiditatea cu Axa I (Bank, 2001). Problema ține de metodologie. Faptul că, la un moment dat, apare o coocurență de diagnostice pe cele două axe nu lămurește care este sau va fi situația de-a lungul vieții și care va fi profilul psihopatologic pe cele două axe în viitor. Datele pot varia și în funcție de randomizare, dacă s-au ales pacienți clinici sau din ambulator sau din studii populaționale. Metodele utilizate de diagnostic

joacă, de asemenea, un rol important, deoarece chestionarele de autoevaluare depind de starea de moment a subiectului care poate influența evaluarea personalității, dar și de particularitățile unei tulburări de personalitate care pot modifica informațiile necesare pentru un diagnostic de pe Axa I (Widiger, 1994). Oricum, în prezent, părerea generală este că există o comorbiditate importantă între Axa I și Axa II, precum și o influență reciprocă între aceste două tipuri de patologie. Existența unui diagnostic de tulburare de personalitate ar face ca o tulburare de pe Axa I să aibă un prognostic mai rezervat, iar o tulburare de pe Axa I recurentă și prelungită ar tinde să modifice personalitatea în sens patologic. Pe de altă parte, se discută măsura în care poate fi vorba de o patologie distinctă și care ar fi argumentele unui diagnostic specific fiecăreia dintre cele două axe.

10.3. Modele ale relațiilor dintre Axa I și Axa II

În continuare, vor fi menționate principalele modele ce sunt invocate în cazul comorbidităților medicale (Lyons, 1997; Dolan-Sewell; 2001):

Modelul independenței

Acesta presupune că nu există o relație cauzală sau de risc în coocurența tulburărilor în chestiune. Ele apar împreună întâmplător, prin șansă, având o etiopatogenie și o configurație clinică distinctă. Este așa-zisa „ipoteză nulă”. Deși au o configurație clinică distinctă din toate punctele de vedere, cele două tulburări au o etiopatogenie comună. Aceasta poate fi genetică, biologică, ambientală, psihologică, temperamentală sau o combinație a acestor factori. Mai e numit și „modelul acoperirii” și e similar conceptului pluritropiei.

Modelul spectrului sau al manifestărilor clinice în grade variate

În acest caz, se consideră că două tulburări sunt strâns corelate în perspectiva etiologiei și mecanismelor de acțiune, dar există variabilitate în prezentarea clinică a tulburării în ceea ce privește completitudinea tabloului clinic, severitate, defect. Cele două tulburări nu sunt considerate într-un tot distincte. În formă tipică, se consideră că una dintre cele două boli e o manifestare ușoară sau atenuată a celeilalte. În perspectiva relației dintre Axa I și Axa II, acest model a fost utilizat pentru a descrie natura relațiilor între clusterul A și tulburările psihotice – cu precădere schizofrenia. Exemplul invocat mereu e cel al relației dintre TP schizotipală și schizofrenie și al relațiilor dintre clusterul C și tulburările anxioase. O variantă tipică ar constitui-o relațiile dintre tulburarea evitantă și fobia socială; pentru clusterul B, este pusă în discuție relația de spectru dintre TP de tip borderline și tulburarea bipolară în forma sa atenuată de ciclotimie, formă iritabilă (Akiskal, 2004). Persoanele care manifestă variantele mai severe ale tulburării vor avea o mai mare încărcătură a factorilor etiopatogenetici decât cei ce dezvoltă forme ușoare. Modelul spectrului presupune un continuum al tulburării și corespunde ideii atribuite lui Kraepelin, privitoare la interpretarea tulburărilor de personalitate ca boli psihice nedezvoltate, punct de vedere dezvoltat și de Kretschmer.

Modelul predispoziție/vulnerabilitate

Acesta presupune că o tulburare precede o alta și crește riscul pentru apariția acesteia. Cele două sunt considerate distincte etiopatogenetic. Cea de-a doua s-ar fi putut instala și fără prima, dar prezența acesteia crește vulnerabilitatea persoanei, măbind riscul său de apariție și intensitatea manifestărilor sale. De exemplu, TP evitantă crește riscul pentru depresia majoră, dar depresia poate să apară și independent de TP evitantă.

Modelul complicație/sechelă (complication/scar model)

Se presupune, de asemenea, că cele două tulburări sunt distincte. Cea de-a doua tulburare se produce ca o consecință a primeia, din cauza acesteia sau în contextul pe care îl generează. Dar ea persistă și după ce prima a dispărut, ca un fel de „complicație” sau ca și cum ar fi fost declanșată de urma (sechela) lăsată de prima. Un exemplu ar fi atacul de panică ce apare în condițiile unui stres acut și apoi persistă prin sine. Se presupune că tulburarea ce persistă are propriile fundamente etiopatogenetice, iar prima a activat doar această potențialitate, care, în alte condiții, ar fi rămas latentă.

Modelul patoplastic/exacerbare

Principala aserțiune a acestui model este că, deși afecțiunile pot avea etiologii independente, apariția lor împreună face ca una să influențeze manifestarea sau evoluția celeilalte. Acest lucru s-ar putea datora efectului aditiv (patoplastic) sau sinergic (exacerbare). Pot să apară manifestări simptomatice specifice. De exemplu, coocurența tulburării obsesiv-compulsive și a TP schizotipale conduce la o simptomatologie pe care nici una dintre acestea nu o are atunci când se manifestă singură. Depresia poate să se manifeste clinic diferit la TP dependentă, narcisică sau histrionică. Atacurile de panică ce apar la TP histrionică au o expresivitate particulară față de cele care apar la una depresivă. La fel, tulburările somatoforme la o TP histrionică sau obsesiv-compulsivă se manifestă diferit. Două tulburări pot avea un efect aditiv, sinergic, în agravarea evoluției, prin faptul că dau deficiențe suplimentare în domeniul cooperării cu alții sau, pur și simplu, datorită defectului psihiatric simptomatic.

Toate modelele menționate mai sus se întâlnesc în cadrul patologiei generale, dar și al celei psihiatrice și pot fi aplicate coocurenței dintre Axele I și II. Se pune însă și problema relației sindroamelor psihopatologice de pe Axa I cu atributele naturale ale persoanei umane sănătoase. Există un punct de vedere tradițional, conform

căruia atât caracteristicile tulburărilor de personalitate, cât și ale sindroamelor psihopatologice își au rădăcina în structurile psihismului normal. O astfel de teză a fost susținută și dezvoltată de doi cercetători orientați spre un model bio-psihologic: Siever și Davis (1991). Autorii propun un model dimensional bazat pe domeniile centrale ale organizării cognitiv-perceptuale, reglării afectelor, controlului impulsurilor și modulării anxietății. Fiecare dimensiune ar avea corelații biologice și s-ar întinde pe un continuu situat între normalitate și patologic. Anormalitățile extreme ale mai multor dimensiuni se pot combina și manifesta pe Axa I. Combinarea unor forme de patologie, medii dar persistente, ar prezenta profilul tulburărilor de pe Axa II. Astfel, coocurența s-ar explica, în toate sensurile, pe axe și între axe. Modelul ar permite și predicții având ca punct de plecare mecanismele biologice ce stau la bază. Factorii ambientali sunt cuprinși la capătul dimensiunilor și ei pot modela manifestările și evoluția. Modelul nu e însă suficient de elaborat în direcția specificului antropologic al psihismului.

10.3.1. *Probleme metodologice în studiul comorbidității dintre Axa I și II*

Din perspectivă metodologică, o primă problemă ar fi cea a definirii tulburărilor de personalitate și a mijloacelor de a le identifica. În prezent, se folosește cel mai mult sistemul categorial din DSM-IV-TR, dar e încă neclară evaluarea gravității, cu diferențieri între formele de tulburare de personalitate gravă, medie și ușoară, eventual cu trecere spre persoana particulară sau „persoană ce are probleme”. Se consideră că tulburarea de personalitate e subdiagnosticată, deoarece personalitatea e evaluată, de obicei, la cazurile internate, însă în mod riguros doar atunci când este timp și interes. În ambulator nu este

timp pentru aplicarea interviurilor semistructurate și culegerea de informații de la aparținători. Unele studii epidemiologice indică faptul că până la 10% din populație ar prezenta tulburări de personalitate. Ar rezulta că la foarte multe persoane cu diagnostic pe Axa I nu se cunosc date despre Axa II, deși acest fapt ar prezenta interes. Un alt aspect este acela că evaluarea personalității în cursul unui episod psihopatologic intens de pe Axa I poate deforma reprezentarea subiectului despre propria persoană, chiar dacă nu e vorba despre chestionare de autoevaluare, ci de interviuri semistructurate. Nu toate instrumentele de evaluare a tulburărilor de personalitate fac o distincție netă între tulburarea de pe Axa I și cea de pe Axa II. Perioada referitor la care, în cazul acestor instrumente, se cere ca subiectul să-și autoevalueze personalitatea nu se întinde totdeauna pe parcursul întregii vieți de după adolescență, cel mai des termenul de *instrument* avut în vedere vizând ultimii cinci sau doi ani. Diverse instrumente de evaluare a tulburărilor de personalitate nu dau aceleași rezultat, chiar aplicate competent la același subiect, în funcție de construcția și baza lor teoretică (Tyrrer, 2000).

Instrumentele care se bazează pe doctrina dimensională trebuie „traduse” în termeni categoriali. Evaluarea patologiei psihiatrice pe Axa I pe tot cursul vieții, și nu doar cu ocazia unui episod curent, este uneori dificilă. Există puține studii prospective pe termen lung, pornindu-se de la cazuri identificate cu comorbiditate pe cele două axe, comparativ nu doar cu diagnostice pe Axa I fără tulburare pe Axa II, ci invers, cu tulburări pe Axa II, pentru a se vedea expectanța apariției tulburărilor pe Axa I. Caracteristicile personalității și ale sindroamelor psihopatologice se influențează reciproc, fiind în corelație și cu evenimentele de viață trăite. Se apreciază că, pentru ca studiile prospective să fie relevante, ar trebui efectuate evaluări ale ambelor axe în mod frecvent, eventual lunar (Bank, 2001). Sunt foarte puține studii populaționale care să urmărească problema coocurenței între Axa II și Axa I în populația generală, în cazul tulburărilor subclinice

sau la persoane care încă nu au venit în contact cu serviciile de psihiatrie.

Cu toate aceste multiple probleme metodologice, coocurența dintre tulburările de pe Axele I și II este, în prezent, nu doar intuită, ci și evidențiată factologic.

Rezultate ale cercetărilor

Studiile, efectuate din perspectiva doctriinară a sistemului DSM-III și DSM-IV, au identificat importante coocurențe între cele două axe. Progresiv, s-a decantat concluzia că datele obținute și ipotezele de interpretare capătă o mai mare coerență dacă nu se privește din perspectiva fiecărei tulburări de personalitate, înțelegându-se categorial, ci din aceea a celor trei mari clusteruri – A, B și C.

În continuare, vor fi prezentate o serie de date cunoscute în prezent, referitoare la comorbiditatea între Axele I și II. Punctul de plecare este acela în care se consideră că există o diferență definită între aceste două domenii de patologie. Se afirmă însă și perspectiva în care patologia de pe Axele I și II este privită ca un continuum, care acceptă zone de tranziție și extreme, puncte de vedere ce trimit mai ales la modelul spectrului. Ambele perspective vor fi invocate.

Clusterul A vizează personalități ciudate, excentrice. Acesta cuprinde TP paranoidă, schizoidă și schizotipală. Corelația cu tulburările psihotice (de exemplu, schizofrenia) sau cu simptomele psihotice (halucinații, delir) e ceva mai mare. Interpretarea e făcută, de obicei, prin modelul spectrului, în sensul că tulburările de personalitate din acest cluster ar reprezenta variante atenuate ale tulburărilor psihotice severe de pe Axa I. În DSM-IV se precizează că diagnosticul de TP schizotipală e provizoriu și el se schimbă dacă simptomatologia schizofreniei devine francă. De fapt, în construcția TP schizotipale s-a pornit de la observațiile manifestării psihopatologice la relativii schizofrenilor, deci de la o relație de spectru.

Coocurența dintre tulburările de personalitate din clusterul A și tulburările de pe Axa I – în sens de concomitență a celor două tulburări

Oldham *et al.* (1995) consideră că la persoanele cu tulburări de personalitate de cluster A se întâlnește pe Axa I o rată crescută a tulburărilor psihotice, dar nu și a tulburărilor afective, anxioase, de consum de substanțe sau alimente, așa cum se întâlnesc la tulburările de personalitate din clusterul B. La tulburările de personalitate de cluster C se întâlnesc, în plus, și tulburări afective. Se poate presupune că cei cu tulburări de personalitate sunt, în general, mai sensibili la tulburările pe Axa I – inclusiv psihoze –, dar cei din clusterul A sunt mai sensibili la acestea din urmă.

Studiile longitudinale privind corelația dintre clusterul A și semne și simptome psihotice

Chapman *et al.* (1994) au studiat „înclinarea” spre psihoză printr-o metodologie specială. S-a aplicat un chestionar, iar cazuistica a fost reevaluată după 10 ani. Psihoticii au fost întâlniți mai frecvent printre cei ce aveau inițial ideea magică și anhedonie socială, fapt confirmat și de alte studii *follow-up*, efectuate după 10 ani, de către Kwapil *et al.* (1999). Berenbaum și Fujita (1994) au urmărit legătura dintre personalitate și schizofrenie și au concluzionat că pre-schizofrenii se caracterizează prin ciudățeni, percepții și convingeri deviante. Aceste cercetări nu sunt însă centrate pe tipologia tulburărilor de personalitate din DSM-III și DSM-IV.

Studiile familiale

Studiile familiale sunt importante pentru ideea de spectru psihotic ce se extinde la tulburările de personalitate. Un studiu sistematic al lui Kendler *et al.* (1995) privind rudele schizofrenilor și ale altor tipuri de pacienți găsește la primii o serie de semne de „schizotipie” – nu foarte multe semne specifice, dar totuși destule particularități. Berenbaum și Fujita (1994) constată și el că rudele schizofrenilor se

caracterizează prin ciudățenii și introversie, dar e dificil să se afirme dacă e vorba de o vulnerabilitate specifică pentru schizofrenie.

Corelația dintre schizofrenie și TP schizoidă și schizotipală este descrisă mereu, dar studiile riguroase sunt puține și dificile. În timpul episodului schizofren, informațiile pacientului nu sunt pertinente, referințele de bază fiind cele ale aparținătorilor. După unul sau mai multe episoade, persoanele se pot schimba în sensul unui defect de personalitate schizoid postpsihotic. În ultimii ani, se discută mult despre simptomatologia prodromală, care se poate extinde pe câțiva ani înainte de debut. În cazul schizofreniei care debutează la vârste tinere poate fi dificilă, dacă nu chiar imposibilă, diferențierea între debutul lent progresiv, prin faza prodromală, și o tulburare preexistentă de personalitate. Mai intervin și cerințe de diagnostic care, în ceea ce privește durata, sunt diferite în DSM-IV-TR și ICD-10.

Clusterul B. TP dramatice și flamboiante. Din acest grup fac parte TP antisocială, de tip borderline, histrionică și narcisică. Corelația cea mai strânsă a fost cea stabilită cu tulburările impulsurilor și cu dependența de alcool și droguri. Aceasta din urmă este probată și prospectiv, în sensul că riscul de a avea o asemenea tulburare în cursul vieții e mare în acest cluster. O relație moderată ar fi cea stabilită cu tulburările afective, de stres și cele ale instinctului alimentar (Tyrrer *et al.*, 1997), dar s-au găsit și alte corelații. În studiul său asupra a 200 de pacienți aflați în tratament, Oldham (1995) descoperă că tulburările de personalitate ale clusterului B au șanse crescute de a se asocia cu tulburări anxioase (rata = 2,3), tulburări psihotice (rata = 5,3), abuz de substanțe (rata = 5,0). În Epidemiologic Catchment Area Study (ECAS; Robins *et al.*, 1991), mai mult de 90% dintre pacienții cu TP antisocială aveau un diagnostic adițional pe Axa I, mai ales referitor la abuzul de alcool.

O problemă mult discutată a fost cea a coocurenței între TP de tip borderline și depresie. S-a considerat chiar că ar fi două expresii ale aceleiași etiologii. La depresivii din ambulator s-a evaluat prezența

TP de tip borderline la 10-40%, dar și clusterul C e prezent în 45-65% din cazuri. Distimia a fost rar întâlnită la TP de tip borderline (10%). Datele statistice nu indică o relație specifică. În istoria familială, de asemenea, nu se întâlnește o frecvență crescută a depresiei. Relații cu depresia pot exista, dar nu de tipul celor de spectru.

Asocierea TP de tip borderline/tulburarea bipolară este mai importantă, mai ales din perspectiva dezvoltării afective și a impulsivității. Instabilitatea afectivă din TP de tip borderline e mai mult reactivă, pe când în tulburarea bipolară e endogenă, iar impulsivitatea din TP de tip borderline nu se ridică la cea condiționată de stări afective. Akiskal (2004) a argumentat că TP de tip borderline ar fi mai bine conceptualizată ca o tulburare afectivă, mai precis ca o ciclotimie disforică. În diverse studii, tulburarea bipolară este coocurentă cu TP de tip borderline – între 1% și 35% –, dar se întâlnește și TP narcisică și obsesiv-compulsivă. Dintre cazurile care prezintă TP de tip borderline, 10% întrunesc criteriile pentru tulburarea bipolară de-a lungul vieții, dar ele se întâlnesc, de asemenea, în proporție de 9% la TP antisocială și 7% la TP histrionică. Ideea că TP de tip borderline ar face parte din spectrul tulburării bipolare e greu de susținut, dar intervenția unui factor temperamental poate fi considerată ca importantă, fapt relevat și de studiile făcute de Cloninger (*apud* Akiskal, 2004).

TP de tip borderline și reacția de stres posttraumatic se află într-o relație complexă. În primul rând, sunt multe studii care atrag atenția asupra traumelor din copilărie – separare/părăsire, abuz fizic sau sexual – și dezvoltarea TP de tip borderline. Aceasta ar fi cu 70% mai frecventă decât în alte grupuri de tulburări de personalitate. Se pare că doar abuzul sexual, prin sine, nu e specific. De asemenea, la TP de tip borderline s-au identificat mai multe situații de tulburare de stres posttraumatic decât la alte tulburări de personalitate – 50% vs 22%. Se au în vedere și traumatismele de la vârsta adultă, cum ar fi cele din războaie (războiul din Vietnam), care se regăsesc la multe

cazuri de TP de tip borderline dar și la cazuri cu TP evitantă, paranoidă și obsesiv-compulsivă. Se au în vedere și traume repetate. Pe de altă parte, TP de tip borderline condiționează apariția de evenimente la care apoi se reacționează.

TP antisocială e corelată în toate statisticile cu abuzul de substanțe. Aceste două tulburări ar constitui continuumul unui grup denumit „al tulburărilor externalizate” (Krueger, 2001). De fapt, consumul de alcool și droguri, de obicei politoxicomania, se corelează pozitiv cu întreg clusterul A. Totuși, deoarece consumul este de lungă durată, cu debut la vârste tinere, de cele mai multe ori e dificil de stabilit statusul mintal înainte de începerea consumului, astfel încât relațiile cauzale sunt complexe și se pot interpreta prin mai multe modele. S-a discutat și dacă nu se poate vorbi de o personalitate adictivă. *Consumul cronic de alcool și droguri poate, de asemenea, modifica în mod secundar personalitatea sau, cel puțin, poate accentua trăsăturile inițiale.*

Clusterul C, anxios/fobic. Cuprinde TP evitantă, pasiv-agresivă, dependentă, obsesiv-compulsivă. O eventuală TP depresivă ar intra tot în acest grup. Aceste tulburări de personalitate sunt predominant cocurente cu tulburările de dispoziție anxioase, ale alimentației și somatizării, dar și cu tulburările psihotice. Sunt de făcut câteva mențiuni speciale. Astfel, relația între TP obsesiv-compulsivă și tulburarea obsesiv-compulsivă nu e înalt predictivă. În această tulburare nu s-a identificat TP anancastă ca mai frecventă decât alte tulburări de personalitate, ba chiar într-un procent mai redus. Studiile au pornit de la prezența tulburării și nu prospectiv, fapt ce nu clarifică suficient problema, mai ales știindu-se că tulburarea obsesivă debutează deseori în copilărie și, cel mai frecvent, la vârste tinere.

TP evitantă se află într-o relație foarte strânsă cu fobia socială, mai ales cu forma generalizată a acesteia, astfel încât, de multe ori, diferențierea e dificilă sau imposibilă. Multe simptome sunt comune

chiar și în definiție. În acest caz, s-a vorbit, de asemenea, de relația de spectru, TP evitantă fiind considerată ca o formă prelungită, persistentă, cronică și invalidantă a fobiei sociale, iar forma generalizată și prelungită a acesteia, ca o modalitate intermediară. S-au încercat totuși diferențieri. Turner *et al.* (1986) consideră că persoanele cu TP evitantă prezintă o anxietate mai pronunțată, simptome depresive și un nivel înalt de senzitivitate interpersonală în raport cu fobia socială. Diferențele ar fi nu doar de intensitate, ci și de delimitare față de anumite situații specifice în cazul fobiei sociale. În general, studiile relevă o cocurență de cel puțin 50%. Majoritatea studiilor au pornit însă de la existența unei fobii sociale pe Axa I, și nu de la TP evitantă. De fapt, ambele tulburări răspund la același tratament medicamentos și psihoterapeutic. Debutul precoce al fobiei sociale în tulburare a fost, de asemenea, incriminat, la fel ca și în cazul TP obsesiv-compulsive. De asemenea, pot exista și alte comorbidități pe ambele axe, fapt ce complică problema.

Clusterul C și tulburările somatoforme

Această cocurență e mare, în multe studii tulburările somatoforme fiind întâlnite la 59%-88% din cazuri, dacă se pornește de la identificarea tulburării pe Axa I. De aceea, unii autori au argumentat că tulburările somatoforme ar fi mai bine clasificate decât tulburările de personalitate, deoarece aproape la toate se realizează debutul la o vârstă tânără și au un curs persistent, cronic. În special hipocondria preia acest statut, iar Tyrer o și propune ca tip de TP hipocondriacă (2000). Tulburările somatoforme sunt corelate însă și cu clusterul B. Asocierea cu TP histrionică poate fi recunoscută în sindromul Briquet.

De asemenea, tulburările de alimentație se întâlnesc frecvent în clusterul C, dar și în B.

TP depresivă a fost introdusă în DSM-IV ca un diagnostic de cercetare, pentru o eventuală adoptare ulterioară. Descrierea unei personalități depresive este veche și acest tip a figurat printre personalitățile

psihopate ale lui Schneider. În ultimul timp, se discută mult asupra diferențierii între distimie și TP depresivă, între aceasta și normalitate, despre consistența internă a tipului și diferențierea de alte tipuri. TP depresivă, în măsura în care e acceptată, se corelează bazal atât cu depresia normală, cât și cu distimia și depresia clinică. În ultimele decenii, s-a vorbit despre „dubla depresie” care se referă la o depresie majoră ce apare pe un fond depresiv persistent, distimic sau de personalitate depresivă. Până la includerea oficială a TP depresivă în clasificări, nu s-au efectuat studii riguroase decât izolat. Este o situație ce poate fi privită din perspectiva modelului spectrului. În ceea ce privește episoadele depresive, acestea sunt frecvente și la alte tipuri de tulburări de personalitate din clusterul C, dar și la TP de tip borderline. Tabloul clinic e influențat patoplastice de tipul personalității (Klein, 2002 ; Reich, 2003 ; Clark, 2003).

De multă vreme, clusterul C și tulburările anxioase sunt considerate ca strâns corelate. Tulburările de panică sunt corelate mai ales cu TP dependentă, la fel ca agorafobia. Anxietatea generalizată și TP obsesiv-compulsivă sunt, de asemenea, intens articulate cu clusterul C (Dyck, 2001 ; Shea, 2003 ; Philips, 2001 ; Bienvenu, 2003). Aceste asocieri pot merge până la intersecție, fapt ce l-a determinat pe Tyrer (2003) să propună, ca entitate clinică, un „sindrom nevrotic general”, caracterizat prin următoarele criterii :

- a) existența a două sau mai multe dintre următoarele diagnostice, prezente la evaluare sau de-a lungul vieții : agorafobie, fobie socială, panică, depresie non-psihotică, anxietate, hipocondrie, tulburare somatoformă ;
- b) existența a cel puțin unui episod de boală în absența unui stres major : există trăsături de personalitate anormale de tip pasiv-dependent, evitant sau anancast (cluster C) ;
- c) existența unei istorii de tulburare secundară la rudele de gradul I.

Acest concept larg de *sindrom nevrotic general* este denumit *cotymie*. El ar fi argumentat și de faptul că există o mare coocurență simultană și succesivă a tulburărilor menționate pe Axa I ; de asemenea, tulburările de personalitate din clusterul C manifestă o coocurență majoră. Conceptul de *cotymie* presupune corelația între Axa I și Axa II, din perspectiva continuumului și a spectrului, fără a nega aplicabilitatea altor modele. Există apreciable confirmări clinice ale acestei perspective sintetizatoare. Ideea nu neagă și eventualitatea cazuistică în care corelația dintre clusterul C (tulburările de personalitate) și tulburările de pe Axa I (anxioase, ușor depresive și somatoforme) e limitată și specifică.

10.4. Relația dintre Axa I, Axa II și alte axe ale DSM-IV, din perspectivă evolutivă

Înainte de a comenta posibilele tulburări corespunzătoare Axei I asupra celor corespunzătoare Axei II se cer luate în considerare influențele ce le pot avea suferințele organice cerebrale asupra manifestărilor caracteriale.

Se știe de multă vreme că traumatismele craniene sau alte leziuni cerebrale – infecțioase, toxice, hipoxice, post-intervenții chirurgicale – pot conduce la o modificare a personalității care, până la acea dată, putea fi considerată în limitele normalității, modificare distinctă de deficiențele cognitive. La fel se prezentau lucrurile în cazul epilepsiei, mai ales în perioada în care nu existau tratamente destul de eficiente. A fost relevată o caracteriopatie epileptică, manifestată prin lentoare, adevărate la concret, derulare a cursului gândirii din aproape în aproape. Pornind de la aceste cazuri, s-a discutat despre un tip caracterial „epileptoid” sau „ixoid”. O problemă clasică a fost și rămâne interpretarea acestui determinism organic la cazurile în care suferința cerebrală are loc în perioada infanțo-juvenilă a personogenezei.

Problema e și mai complicată în cazul consumului cronic de alcool și substanțe psihoactive, care debutează la vârste tinere. Acesta poate fi condiționat parțial de caracteristici temperamentale și chiar de distorsiuni caracteriale, cum ar fi tendința spre căutarea excitației și deficiențele de control al impulsurilor ce creează tensiuni psihice, caracteristice TP antisociale, care e considerată ca având cea mai ridicată comorbiditate de acest gen. Problema se pune și în ce măsură consumul de alcool și substanțe nu au un efect recursiv, direct toxic și prin favorizarea unor comportamente agresive, ce conduc la microleziuni cerebrale repetate.

A fost, de asemenea, analizat efectul psihozelor și, mai ales, cel al schizofreniei asupra personalității. Încă din anii '70, Huber a descris un defect de personalitate – schizoid – după episoade schizofrene, distinct de defectul ce constă în persistența simptomelor specifice sau de cel energetic. Și în cazul episoadelor depresive repetate s-a relevat, de asemenea, un defect de personalitate, dar acestea e mai dificil de diferențiat de cronicizarea depresiei, iar recunoașterea oficială a unei TP depresive e încă neatestată. În prezent, nu există studii care să clarifice dacă unele forme de TP paranoidă nu sunt consecutive unor scurte episoade psihotice. Problema se plasează într-un câmp de cercetare deschis, mai ales că, în prezent, se acordă o atenție sporită episoadelor psihotice scurte. În ultimii ani, s-a acordat o mare importanță tulburării obsesiv-compulsive, constatându-se că, în înțelesul de tulburare episodică, ea nu apare frecvent la TP obsesiv-compulsivă. Pe de altă parte, tot cercetările recente au demonstrat că debutul acestei boli este cel mai frecvent în perioada infanto-juvenilă și la vârste tinere, astfel încât se pune problema în ce măsură TP obsesiv-compulsivă nu e deseori sechela acestor episoade maladive precoce (Koran, 1999). Aceeași întrebare se pune și în perspectiva corelației dintre o serie de tulburări anxioase și unele forme de tulburare de personalitate din clusterul C.

În ICD-10 (1992) s-a identificat o categorie specială de tulburări psihice, care constau într-o modificare durabilă a personalității, ca o

consecință a unor evenimente de viață stresante excepționale și în urma unor boli prelungite, cu impact asupra vieții sociale. Se consideră că experiențe de viață catastrofice, precum lagărele de concentrare, tortura, situații psihologice de supunere la terorism, la maltratare și detenție forțată pot modifica personalitatea. Se ridică, de asemenea, problema în ce măsură nu ar exista o continuitate între un maltratement prelungit în perioada infanto-juvenilă, mai ales în cea puberal-adolescentină, de încheiere a personogenezei. Problema se plasează între cea a abuzurilor și maltratementului parental din mica copilărie – considerate importante pentru TP de tip borderline – și reacția de stres posttraumatic prelungit al adultului (de exemplu, în condiții de război). În prezent, această problematică este una deschisă cercetării.

Modificarea personalității în urma unei boli prelungite se referă, pe de o parte, la bolile somatice, ținându-se cont de trăirile subiective, dizabilități, impactul social ce duce la izolare, deficiențe de interrelaționare, stigmatizare etc. Consecințele bolilor psihice urmează să fie înțelese în același context, și nu doar ca o consecință directă a afectării.

Pe scurt, relația între Axa II și alte axe se abordează și din perspectiva modificării personalității prin suferințe organice cerebrale, episoade psihotice endogene și influențe psihosociale. E de presupus că aceste influențe pot juca un rol în constituirea tulburărilor de personalitate, dacă apar în perioada infanto-juvenilă și, mai ales, în pubertate și perioada adolescentină. Se poate adăuga faptul că există toate argumentele raționale pentru a emite ipoteza că tulburările psihice de pe Axa I, dacă nu au rol cauzal sau agravant, cel puțin întrețin o tulburare diagnosticată de pe Axa II.

În prezent, se consideră că tulburările de personalitate fac astfel încât persoana să ajungă mai ușor la o tulburare corespunzătoare Axei I, mai ales dacă e expusă unor stresori; prin urmare, cresc vulnerabilitatea pentru sindroame psihopatologice.

La fel, este o opinie general acceptată și afirmată faptul că tulburările de personalitate au un rol general negativ asupra evoluției

unei tulburări de pe Axa I, că această evoluție e mai severă decât în cazul în care nu există un diagnostic de pe Axa II.

Trebuie ținut cont de faptul că, atunci când se înregistrează cocurența celor două axe, pot exista mai multe diagnostice – deci, o mare comorbiditate – de pe Axa I. Se conturează astfel cazuri mai complexe, care, în mod firesc, au o evoluție mai dificilă. De asemenea, uneori se ignoră variabilitatea în timp a diagnosticului de pe Axa I. O tulburare care nu mai apare în urma tratamentului poate fi, peste câțiva ani, înlocuită de alta, din aceeași clasă; de exemplu, o tulburare de anxietate generalizată cu una fobică sau depresivă medie.

Există și studii care arată că, în unele cazuri, tulburările de personalitate nu agravează, ci ameliorează evoluția în timp (de exemplu, TP anancastă la un alcoolic). Un studiu relevă chiar faptul că persoane cu TP schizoidă și consumatoare de alcool au avut o evoluție mai bună decât cele fără tulburare de personalitate (Tyrer, 1997).

Intervine și problema tratamentului. În unele cazuri, un tratament cu antidepresive, cu timostabilizatoare sau neuroleptice ameliorează nu doar tulburarea de pe Axa I, ci și pe cea de pe Axa II, care a fost ignorată până la episodul respectiv. Dezvoltarea intensă din ultimul timp a psihoterapiilor în tulburările de personalitate poate da speranțe că, după remisiunea tulburării de pe Axa I, continuarea îngrijirilor pentru tulburările de pe Axa II va conduce la o evoluție favorabilă. Acest fapt se poate realiza – în unele cazuri s-a realizat parțial – și prin modificarea ambianței, reducerea expunerii la stresori, ameliorarea rețelei de suport social.

Sunt observații care arată că unii pacienți cu comorbidități de pe Axa I și Axa II primesc o atenție mai redusă, fiind uneori neglijați din cauza ideii că prognosticul e oricum neavorabil. Chiar dacă e vorba de tulburări psihice grave, tratamentul prin internare poate ameliora mai mult decât cel ambulator, mai ales în direcția funcționării

sociale, dacă se organizează programe speciale în acest sens. Organizarea unor servicii semiambulatorii sau ambulatorii, care să aibă ca obiectiv îngrijirea și tratamentul persoanelor cu tulburări de personalitate, pot conduce și ele la rezultate.

În perspectiva medico-psihiatrică, diferențierile dintre tulburările de pe Axa I și Axa II, în măsura în care sunt considerate împreună stări malade, nu apar întotdeauna ca suficiente de justificate. Distincția temporală – a duratei – e reală, dar se distribuie pe un continuum cu doi poli. De aceea, din punct de vedere medical, cei ce optează pentru a se șterge această distincție își mențin punctul de vedere. Ultima ediție a clasificării internaționale a bolilor, OMS, nici nu o adoptă. Livesley (2000) și alții propun să existe o singură axă diagnostică, în care să fie incluse tulburările de personalitate și caracteristicile de stil, iar trăsăturile de personalitate patologice, evaluate dimensional să fie singurele de plasat pe o Axă II.

Dacă însă Axa II este înțeleasă ca reprezentând dimensiunea diacron-structurală a personalității, cu tot ceea ce implică aceasta – așa cum s-a arătat în capitolul anterior –, atunci rațiunea diferențierii se poate păstra, fapt ce presupune o înțelegere, explicită sau implicită, a tot ceea ce înseamnă teren personalistic în antropologie, incluzând valențele sale sanogenetice.

10.5. Perspectiva integrativă a relațiilor dintre axe și personalitatea normală

Relațiile dintre Axele I și II sunt tot mai mult studiate în perspectiva dimensiunilor globale, normale ale personalității, și nu doar din perspectiva medicalizării psihiatrice a persoanei. Această perspectivă s-a dezvoltat mult în ultimii ani, fiind legată de abordarea dimensională a tulburărilor de personalitate. S-au utilizat și instrumente preluate din domeniul psihologiei. Cel mai mult e utilizată teoria celor cinci

mari factori (FFT). Ca instrument, e folosit mai des NEO-PI-R (Costa și McCrae, 1988), dar și altele.

Ideea de bază este că tulburările de personalitate sunt variante extreme ale trăsăturilor de bază ale personalității, care sunt prezente și la cazurile fără tulburări de personalitate. S-a susținut recent (Trull și Sher, 1994; Trull și McCrae, 2002) că și comorbiditatea dintre Axa I și Axa II poate fi exprimată și explicată prin trăsăturile FFT. Problema este în ce măsură tulburările Axei I, care sunt „stări” anormale ale psihismului, pot fi cuprinse în sisteme elaborate, astfel încât să evalueze „trăsături” constante ale personalității. O altă încercare este cea a lui Krueger *et al.* (1996), care utilizează Multi-dimensional Personality Questionnaire (MPQ) în scopul de a crea „profiluri de personalitate” (normală) pentru categorii de tulburări afective, anxioase, dependentă de substanțe și tulburări de conduită. S-a urmărit în ce măsură unele trăsături de personalitate pot fi predictive pentru tulburări de pe Axa I. Perioada studiată a fost intervalul cuprins între 18 și 21 de ani.

Un alt aspect este legat de faptul că tulburările de personalitate au fost evaluate nu doar cu chestionare psihologice generale, elaborate pentru personalitățile normale, ci și cu chestionare dimensionale realizate din perspectiva tulburărilor de personalitate. S-au utilizat: DAPP-BQ (Livesley și Jackson, 2002); SNAP (Clark, 1993), MCMI (Millon, 1983; 1987; 1994); MMPI-I, MMPI-II și PSY-5 derivate din cel din urmă. Aceste instrumente pot fi corelate cu personalitatea normală, cu tulburările de personalitate, dar și cu stările psihopatologice episodice. Astfel, tradiționala problemă a comorbidității dintre Axa I și Axa II este abordată dintr-o perspectivă mai largă.

Într-un studiu recent, Krueger (2003) aduce în discuție o perspectivă și o metodologie de cercetare a problemei comorbidității între Axele I și II, care pleacă de la următoarea schemă:

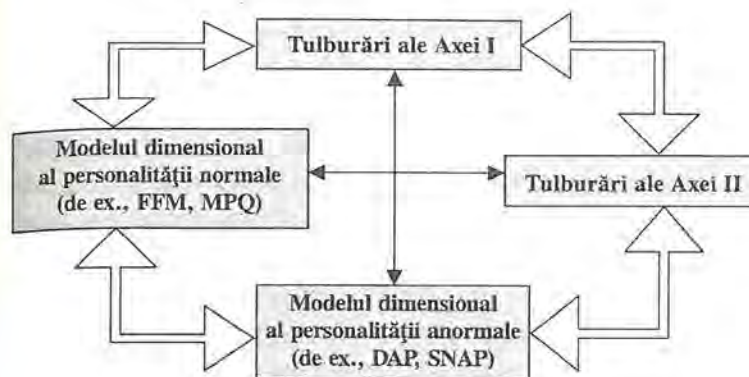


Figura 10.1. Metodologie de cercetare a problemei comorbidității între Axa I și Axa II

Sunt abordate următoarele probleme și teme:

- *Corelația dintre Axa I și Axa II*, ambele diagnosticate prin criteriile din DSM-IV, privită din perspectiva modelelor clasice a predispoziției (vulnerabilității), a complicației, a patoplastiei și a spectrului. Autorii înclină mai mult spre doctrina spectrului.
- *Corelația dintre Axa I și personalitatea normală*. Cele mai multe studii s-au făcut cu trimitere la trăsăturile din FFM, dar o altă serie de cercetări, între care și cele ale autorilor, au utilizat Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ). Au fost luate în considerare patru domenii de patologie: tulburările afective, anxioase, dependența de substanțe și comportamentul antisocial.
- *Corelația dintre personalitatea normală și Axa II*. În această direcție, se are în vedere continuumul dintre personalitatea normală și cea patologică. Cele mai multe studii s-au făcut cu NEO-PI-R. Se consideră că însăși comorbiditatea dintre Axa I și Axa II ar putea fi explicată prin nivelul trăsăturilor din FFM.
- *Corelația dintre personalitatea normală și modelele dimensionale ale patologiei personalității*. Aceste studii s-au făcut cu acele instrumente dimensionale care au fost elaborate avându-se în

vedere trăsături anormale, patologice și dezadaptative ale personalității, dar care, deși folosesc termeni specifici psihopatologiei, se potrivesc în mare măsură și personalității normale. Este vorba de DAPP-BQ, MCMI, MMPI, SNAP. Cercetările cu aceste instrumente susțin ideea că atât personalitatea normală, cât și cea anormală sau tulburările psihopatologice sunt fundamentate în aceleași structuri subiacente.

Evident, e vorba de o perspectivă largă și complexă ce încearcă să depășească limitele rigide ale actualelor constructe nosologice categoriale de pe Axa I și Axa II, bazându-se pe cercetări empirice, cu instrumente de investigare standardizate și validate. Au fost avute în vedere entitățile deja menționate: tulburările afective, anxioase, dependența de substanțe și tulburările de conduită. Primele două au fost categorizate ca tulburări „internalizate”, iar celelalte două, ca tulburări „externalizate”. Ele sunt înțelese dimensional și ierarhizate. Ideea de bază este aceea a existenței unui continuum, iar tulburările internalizate se apropie de categoria *cotymiei* lui Tyrer.

Luarea în considerare a evaluării dimensionale a personalității din perspectiva normalității, a funcționării normale este importantă și în perspectivă terapeutică, pentru că evaluează zonele sintone și „sănătoase” ale persoanei, punctele de ancorare pentru programele de psihoterapie și reintegrare socială.

Relația de comorbiditate dintre Axa I și Axa II, formulată strict medical, este o problemă reală care se cere însă înțeleasă ca reflex al unei realități antropologice mai adânci. În existența oricărui om, fără nici o implicare specială a psihopatologiei, există în mod firesc o diferență, dar și o interrelație între două perspective. Pe de o parte, dimensiunea structurală, de identitate cu sine, organizată în jurul sinelui, a eului său, exprimată prin trăsături care-l identifică și îl diferențiază de ceilalți, care integrează durată propriei biografii într-o exprimare personală proprie, într-o concepție particulară,

despre lume, care structurează destinul personal. Pe de altă parte, manifestările curente, implicarea în evenimente, reacțiile circumstanțiale ce sunt derulate în situații date, ce durează mai mult sau mai puțin. Axa I indică perturbări ale acestor comportamente circumstanțiale care determină, pentru o perioadă de timp, o simplificare masivă a bogăției trăirilor și manifestărilor persoanei, ancorată în situații. Axa II indică perturbări ale funcționalității structural-biografice a persoanei, în sensul stilului său de manifestare, de interrelaționare și acțiune în lumea umană, care nu e doar perturbator, ci și rigid, simplificând, de asemenea, existența umană. Așa cum, în cursul existenței umane obișnuite și normale, există o permanentă interrelaționare între acești doi poli, și în patologia psihică pot exista variate corelații între Axa I și Axa II, pe care le putem citi și descrie cu diverse metodologii, din diverse perspective, și le putem exprima în multiple limbaje.

Capitolul 11

Stabilitate și schimbare în evoluția tulburărilor de personalitate

Din definiția tulburării de personalitate face parte aserțiunea că aceasta e persistentă, durabilă de-a lungul întregii vieți adulte, anevolutivă prin sine. Se consideră că rigiditatea și maladaptabilitatea trăirilor și manifestărilor lor se menține nu doar în diverse situații în raport cu multiple persoane, ci e și constantă de-a lungul timpului, a biografiei individuale. Această caracterizare se aplică în primul rând formelor clar constituite, destul de grave de tulburări de personalitate, pentru formele ușoare sau marginale problemele fiind de la început formulate neclar (Stone, 2001).

Caracteristica de persistență în timp a tulburărilor de personalitate a fost descrisă inițial prin raportare față de tulburările psihice episodice care, prin definiție, se remit, se cronicizează sau evoluează progresiv. Dar referința este și față de persoanele „normale” – fără tulburări de personalitate –, care, deși își păstrează identitatea cu sine, se modifică destul de mult de-a lungul vieții. Ceea ce se consideră a fi destul de constant la orice om este, în primul rând, structura sa temperamental-caracterială, ce are corespondent în stilul de manifestare a tulburărilor de personalitate, pe baza căreia acestea sunt împărțite în categorii tipologice.

Există însă și un plan general care definește și întreține tulburările de personalitate și care se referă la atitudinile și conduitele disfuncționale, maladaptative, rigide, în raport cu variate circumstanțe. O problemă pe care cercetările empirice urmează să o clarifice este dacă cei diagnosticați cu tulburări de personalitate la o anumită vârstă își păstrează rigid, de-a lungul vieții, în aceeași măsură, deficiența de raportare interpersonal-socială și stilul de manifestare al acestei deficiențe. Problema e destul de delicată pentru că se acceptă severități graduale ale tulburărilor de personalitate și posibilități de compensare a acesteia.

Abordarea persistenței în timp a tulburărilor de personalitate presupune deci raportarea la stabilitatea în timp și identitatea cu sine (exterioară și interioară) a persoanei normale.

11.1. Stabilitatea în timp a persoanei normale în raport cu cea patologică

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

Din perspectivă biologică, problema e mai complexă. Astăzi, se știe că fiecare persoană are o identitate de cod genetic, corpul viu are mărci de identitate pentru toată viața, chipul și amprenta digitală fiind elemente de identificare. Corpul este însă evident marcat de creștere, maturizare, îmbătrânire, poate fi modificat de boli sau accidente. Mutilarea feței, îngrășarea sau slăbirea exagerată,

modificarea pilozității, operațiile estetice, lentilele de contact – toate pot modela aspectul corporalității. Experiențele de viață adânci modifică expresivitatea fizionomiei. Vestimentația, frizura, podoabele pot contribui la schimbarea aspectului, la „mascarea” identității. Creierul e supus și el ciclurilor biologice, poate suferi leziuni care să afecteze memoria sau stilul comportamental. S-au imaginat și experimente de tipul: „Cum s-ar comporta o persoană în corpul căreia s-a transplatat creierul altei persoane, cu întreaga memorie a acesteia?”.

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

Se consideră că la vârsta adultului tânăr se ajunge la o configurație psihică ce rămâne relativ constantă de-a lungul vieții, în perspectiva stilului caracterial, a operaționalității inteligenței și a capacității de înțelegere ce stă la baza discernământului. Totuși, la întrebarea „Când este persoana definitiv constituită?” nu există un răspuns simplu, autorii oscilând între sfârșitul adolescenței și vârsta de 30 de ani (Caspí, 1999). Faptul depinde și de criteriile invocate, între controlul impulsurilor, manifestarea caracterială și consistența afirmării sociale. După adolescență și perioada adultului tânăr se manifestă fondul de cunoștințe privitoare la lume, în general, și la comportamentul uman, în special. Crește fondul de abilități pragmatice, capacitatea de a rezolva probleme, de a face față stresorilor, eventual de a se autoconduce. O importantă complexificare a personalității s-ar realiza prin asimilarea și practicarea rolurilor sociale, care, la vârsta adultului tânăr, sunt insuficient experimentate. Rolul marital, parental, de administrare a unei gospodării, rolurile profesionale și civice obligă la asimilarea de cunoștințe teoretice și practice, implică responsabilități,

coordonarea în acțiune împreună cu alții, câștigarea unor experiențe și habitudini. Orarul și forma în care subiectul integrează rolurile sociale nu e prestabilit. Schimbările și evenimentele de viață importante, mai ales cele ce se impun indiferent de voința subiectului, pot modela persoana sub toate aspectele.

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

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

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

Subiectul are, pe de o parte, o identitate cu sine insuficientă sau deformată la vârsta adultului tânăr. La formarea acesteia contribuie mulți factori din cursul personogenezei și, în mod special, mediul familial (Millon, 1990). El interacționează de la început dificil cu

alții și persistă în acest deficit, care se manifestă în toate planurile. Faptul l-ar priva de învățarea „vicariantă” (adică de acea învățare care derivă din exemplul altora, din perceperea reușitelor și eșecurilor, suferințelor și bucuriilor celorlalți), invidul asimilând exclusiv exemplele negative, cele care întretin și exagerează felul lor distorsionat de a fi și de a se comporta, devenind astfel tot mai rigid și inflexibil (Caspi, 1995 ; Dishion, 1995).

Cei cu tulburări de personalitate ar asimila și practica cu dificultate rolurile sociale, fiind astfel frustrați de experiențele formative pe care acestea le induc, în ceea ce privește atât stilul comportamental, cât și responsabilitățile, sau manifestând preferință doar pentru acele roluri și statute care mențin și accentuează stilul lor excentric, deficitar și disfuncțional de a se manifesta. De asemenea, din cauza rigidității lor comportamentale, „tranzacționează” mai dificil cu ambianța și își construiesc mai dificil, prin propriul efort, un mediu de viață echilibrat. La fel, nu reușesc să învețe din experiențele de viață proprii, din cauza unei deficiențe primare de a trăi în profunzime semnificația evenimentelor.

Astfel, de-a lungul vieții nu s-ar petrece îmbogățirea în conținut a personalității, metamorfoza sa diferențiată „individuația”, „înțelepciunea”. Persistă în manieră rigidă un mod de a fi – de a resimți, acționa și reacționa – mai puțin diferențiat, distorsionat. Din acest punct de vedere, rigiditatea tulburărilor de personalitate ar consta în faptul de a nu se schimba suficient de mult de-a lungul vieții. Totuși, rămâne de văzut dacă și la aceste persoane există sau nu aspecte schimbătoare ale personalității (Standing, 1995). Se consideră că persoanele inteligente, chiar dacă prezintă tulburări de personalitate, ar putea, cu timpul, să se modeleze, să se controleze parțial și, în plus, să-și creeze o personalitate secundă, relativ adaptată vieții sociale.

Din perspectiva stilului caracterial pe care-l studiază psihologia trăsăturilor persoanei, există în prezent multe argumente privitoare

la stabilitatea acestuia la persoanele normale, în întreaga perioadă a vârstei adulte, concomitent cu menținerea identității interioare cu sine. Cele mai solide argumente sunt oferite de doctrina celor cinci mari factori (FFT) studiați cu NEO-PI-R. O altă problemă constă în faptul că o mare parte din constanța stilului caracterial e corelată cu constanța ambianței, a nișei ecologice umane, care poate fi preselecțată de subiect și autoîntreținută de acesta. Dar se consideră că persoana normală e flexibilă și, în diverse circumstanțe – pe termen scurt, mediu și lung –, își poate reorganiza stilul de manifestare în raport cu situația, cerințele, statutul și rolul social. De exemplu, o tânără cu trăsături introvertite poate deveni extrovertită la facultate (prin angajarea de noi prieteni și distanța față de familie), apoi iar introvertită după căsătorie și nașterea copiilor, pentru ca, reluându-și activitatea profesională, să devină din nou extrovertită. Diverse studii arată că, în curs de 10 ani, la vârsta adultă, la femei crește încrederea în sine și competența, iar la bărbați crește tendința la afiliere după ce devin tați. Astfel de schimbări nu alterează identitatea psihică.

La cei cu tulburări de personalitate unul dintre aspectele „rigidității” ar consta în menținerea aceluiași stil comportamental – care este și dezadaptativ – de-a lungul unor lungi perioade de timp, sau chiar de-a lungul vieții. Problema ambianței preselectate se pune și în aceste cazuri, ea fiind un factor de întreținere, uneori de compensare relativă. Dependental caută persoane și medii autoritare care să îi mențină dependența ; schizoidul, medii fără solicitări interpersonale ; histrionicul, ambianțe care îl stimulează și îl iau în considerare. Dacă manifestările disfuncționale de tulburări de personalitate se evidențiază în orice situație, predilecția pentru anumite situații sau medii sociale poate fi descrisă mai ales ca o tendință spre compensare (Dishion, 1995). „Rigiditatea” s-ar manifesta prin faptul că individul nu se schimbă suficient în împrejurări noi, într-o nouă nișă ecologică ce pretinde noi statute și roluri sociale. Se mai pune și problema dacă, de-a lungul timpului, în noi împrejurări, manifestările disfuncționale,

dezadaptative sunt de același tip, dacă se menține aceeași categorie de tulburări de personalitate.

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

Existența unor fluctuații circumstanțiale în trăire și comportament nu anulează stabilitatea pentru o perioadă mai lungă de timp, dar dacă perioada de observație și evaluare durează prea mult, de exemplu 10 ani, șansa de a se constata schimbări crește. Contează și momentul în care se face prima evaluare. Înainte de 30 de ani, personalitatea poate să nu fie încă stabilizată, atât în cazurile normale, cât și la cei cu tulburări de personalitate. Astfel, dacă se ia ca punct de plecare, de exemplu, vârsta de 20-25 de ani, schimbările s-ar putea să fie destul de importante chiar în cazul tulburărilor de personalitate. Metoda utilizată influențează și ea rezultatele. Chestionarele cu valori cuprinse între 1 și 5 nu arată mari schimbări de-a lungul timpului, pe când metodele bazate pe interviu și aspecte narative indică mai multe schimbări ale personalității. E important și ce se urmărește: identitatea subiectivă, trăsăturile tipologice și caracteriale, abilitățile în relaționarea socială, rezolvările de probleme, autocontrolul, concepția despre lume și sine. La tulburările de personalitate ar fi de urmărit, în primul rând, trăsăturile dezadaptative. Contează însă și grupul investigat. Chiar dacă grupe consistente arată o stabilitate relativ suficientă, în cadrul lor unii indivizi trăiesc și raportează modificări importante, având stabilitate redusă. Ideal ar fi ca un grup de persoane patologice să fie evaluat și reevaluat cu aceeași metodologie, de către aceiași cercetători, după un interval mai lung de ani, ținându-se cont de: evenimentele importante de viață, posibilele situații compensatorii, de efortul conștient de autocontrol

și autoschimbare, de bolile psihice ce au evoluat în acest interval, de terapiile administrate, mai ales psihoterapii, căci nu este exclus ca tratamentele prelungite să poată produce ameliorări și la cei cu tulburări de personalitate.

11.2. Stabilitatea în timp a tulburărilor de personalitate

Tulburările de personalitate sunt prezentate în continuare după Tyrer (2000), Stone (2001) și Grilo și McGlashan (2004).

Cea mai lungă perioadă de observație, de 30 ani, este cea din studiul lui Robins (1986), privitor la copiii cu tulburare de conduită, pentru care s-a căutat să se afle dacă, ulterior, au dezvoltat o TP antisocială. Studiul a fost retrospectiv-prospectiv. S-au luat în considerare caracteristicile din dosarele unor copii ținuti în evidența clinică de îndrumare a copiilor cu manifestări agresive și tulburări de conduită. 28% dintre aceștia au dezvoltat o TP sociopată, față de doar 4% dintr-un grup de referință. Totuși, cazuistica nu a fost urmărită după vârsta de 50 de ani, perioadă în care, după mulți cercetători, începe reducerea caracteristicilor specifice unor astfel de tulburări de personalitate. În grupul lui Robins sunt și 70 de fete, dintre care 20 au dezvoltat o tulburare de personalitate de tip histrionic sau de tip borderline după vârsta de 30 de ani. Criteriile de evaluare a tulburărilor de personalitate nu au fost însă foarte precise și nu s-au folosit instrumente standardizate.

Din clusterul B, cel mai mult a fost studiată în perspectivă dezvoltarea TP de tip borderline. Pope *et al.* (1983) examinează rezultatul la 33 de pacienți cu TP de tip borderline la 4-7 ani după contactul inițial avut în spital. S-a utilizat ca instrument DIB (Gunderson *et al.*, 1981). Din lot, doi pacienți au murit prin suicid, iar dintre ceilalți 31 de pacienți, 27 au fost intervievați telefonic. 13

aveau la început o tulburare de personalitate pură, iar dintre aceștia, la control, 10 aveau o tulburare de personalitate definită sau posibilă, de tip histrionic, narcisic sau antisocial. 14 aveau la început, pe lângă TP de tip borderline, și episod depresiv. Dintre aceștia, trei nu aveau un diagnostic psihiatric, iar opt aveau o tulburare de personalitate definită sau posibilă. Șase au prezentat un alt tip de tulburare de personalitate, cei mai mulți, din categoria histrionică.

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

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

Un studiu sistematic este cel realizat de Tyrer prin „Nottingham Study of Neurotic Disorder”, cu PAS (Tyrer, 2000). Au fost evaluați 198 de pacienți cu tulburări anxioase, atacuri de panică și distimie.

La 75 de cazuri s-a identificat o tulburare de personalitate, iar la 39, dificultăți de personalitate. După 12 ani, acești pacienți au fost evaluați din nou cu același instrument de către același cercetător. Pacienții aveau vârsta medie de 45 de ani. S-au constatat unele modificări evolutive. Clusterul B, caracterizat prin impulsivitate, agresivitate, iresponsabilitate, a indicat o semnificativă reducere a acestor manifestări, dar labilitatea nu s-a modificat. Multe dintre trăsăturile clusterului C – pesimism, neajutorare, hipochondrie, dependență – nu s-au schimbat, iar unele au apărut chiar mai accentuate – anxietatea, vulnerabilitatea, conștiințiozitatea. În clusterul A, o serie de aspecte s-au accentuat (suspiciunea, introspecția, excentricitatea). În ansamblu, anxietatea și obsesionalitatea par a nu se ameliora cu vârsta. S-a mai avansat ideea că tulburarea de personalitate ar putea fi divizată într-un grup matur și altul imatur, ultimul ameliorându-se cu timpul.

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

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

După 1980, s-au pus la punct o serie de instrumente standardizate de diagnostic al tulburărilor de personalitate și s-au înmulțit studiile, tot mai riguroase, privitoare la stabilitatea în timp a tulburărilor de personalitate, la eventuala schimbare sau rezistență la schimbare. O serie de observații au sugerat că modelul developmental al tulburărilor de personalitate se poate susține, în linii generale, chiar în cadrul unor interpretări psihanalitice (Vaillant, 1987; Drake, 1988; Crawford, 2001; Abraham, 2001). Stilul de coping pare a influența evoluția tulburărilor de personalitate (Vollrath, 1995). De-a lungul unei perioade mai îndelungate de timp – cinci sau mai mulți ani – stabilitatea tipului de tulburare se menține doar la aproximativ 50% din cazuri, în perspectivă categorială. Acest atribut pare a fi ceva mai bine reprezentat în perspectivă dimensională (McDavid, 1996). De-a lungul timpului, mai ales după 50 de ani, TP antisocială, dar mai ales TP de tip borderline tind să se amelioreze. Existența unei tulburări pe Axa I care este tratată cu grijă poate ameliora și tulburările corespunzătoare Axei II.

O constatare generală a multor metaanalize (făcută în jurul anului 2000) este aceea că tulburările de personalitate sunt doar relativ stabile în timp, putând fi influențate de mulți factori. S-a făcut observația că nu e corect să se tragă concluzii doar pornind de la cazurile cele mai grave și rezistente la orice influențe, cum sunt unii psihopați maligni (Stone, 2001). În îngrijirea celor cu tulburări de personalitate, e important ca aceștia să fie sprijiniți nu doar să-și

schimbe trăsăturile, ci și să le folosească adecvat, uneori pentru a-și selecta o ambianță favorabilă (Paris, 2003).

11.3. Studii recente

Studiile recente țin cont și de faptul că sunt mai semnificative evaluările repetate făcute la anumite intervale variate de timp, desigur, de aceeași echipă și cu aceeași metodologie. O singură reevaluare poate fi ne semnificativă, deoarece poate surprinde subiectul într-o situație sau perioadă de viață deosebită.

- The Longitudinal Study of Personality Disorders (Lenzeweger, 1997; 1999) a inclus 250 de participanți de la Cornell University pe o perioadă de patru ani. A utilizat instrumentul lui Loranger și cel de autoevaluare elaborat de Millon (MCMI-II). 129 de subiecți au îndeplinit criteriile pentru cel puțin o categorie de tulburare de personalitate, iar 121, nu. Coeficientul de stabilitate a tuturor cazurilor de tulburare de personalitate a fost între 0,61 și 0,70. Clusterul B a avut cea mai mare stabilitate, iar clusterul C, cea mai mică.
- The McLeary Study of Adult Development (Zanarini *et al.*, 2003) studiază evolutiv persoane care au fost internate. Sunt luați în studiu 362 de pacienți, dintre care 290 cu TP de tip borderline. Reevaluările au avut loc din doi în doi ani. S-au evaluat și eventualele tulburări psihice de pe Axa I – funcționarea psihosocială. Primele evaluări raportează ameliorări în cazul TP de tip borderline.
- The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study – CLPS – (Gunderson *et al.*, 2000; McGlashan *et al.*, 2000) e un studiu prospectiv longitudinal, ce evaluează patru tulburări de personalitate diagnosticate după DSM-IV (1994): TP schizotipală, de tip borderline, evitantă și obsesiv-compulsivă. Ca și grup de

comparație s-au folosit pacienți cu tulburare depresivă monopolară recurentă (MPD). Tulburările de personalitate sunt studiate și categorial, și dimensional, cu evaluări după 12 și 24 de luni. Deși se constată că tulburările de personalitate sunt mai stabile decât MPD, un număr important dintre acestea apar ca având o „remisiune” după 24 de luni. Ipoteza e că tulburările de personalitate integrează o combinație hibridă de trăsături și comportamente, iar interacțiunea dintre acestea ar sta la baza variațiilor temporale. Se apreciază că, dacă tulburările de personalitate sunt abordate dimensional, gradul de stabilitate e substanțial.

În sfârșit, în ceea ce privește stabilitatea în timp a tulburărilor de personalitate, mai trebuie să se țină cont de faptul că, până de curând, tratamentul acestora era rar și fără multe mijloace (Tyrer, 2000; Paris, 2003). Amplificarea preocupărilor pentru tratamentul medicamentos și, mai ales, pentru cel psihoterapeutic ar putea aduce importante clasificări privitoare la înțelegerea constanței și a rezistenței tulburărilor de personalitate la schimbare. Faptul că, în prezent, se aplică multe tehnici de terapie și îngrijire pe termen lung, că există și cadre instituționale ce se ocupă special de tratamentul prelungit al tulburărilor de personalitate ar putea modifica, în mare măsură, „definiția” actuală a tulburărilor de personalitate, prin care se consideră că acestea sunt de durată (*enduring*) și nemodificabile în timp. Bilanțul se va putea face doar în viitor.

Capitolul 12

Tratamentul psihoterapeutic și medical al tulburărilor de personalitate

12.1. Repere generice

Atributele de stabilitate și irecuperabilitate care sunt constant atașate domeniului personalităților patologice reprezintă ele însele o provocare pentru orice tentativă terapeutică și reabilitativă. Aceasta este în mod direct condiționată de calitatea demersului diagnostic care, actualmente, are o dinamică particulară ce integrează, alături de stările comorbide, principalele repere demografice și biografice.

Abordarea terapeutică a tulburărilor de personalitate a devenit un obiectiv major al psihiatriei clinice, corespunzător introducerii, în 1970, în DSM-III a celor două axe diagnostice și recunoașterii importanței intercondiționărilor reciproce dintre diversitatea tulburărilor psihopatologice și structurile dizarmonice ale personalității.

Așa după cum susțin Shea (1990), Van Velzen și Emmelkamd (1996) și Dreesen (1997), intervențiile psihoterapeutice în cazul depresiilor, fobiilor sociale și tulburărilor instinctului alimentar, respectiv al atacurilor de panică, agorafobiei și bolii obsesiv-compulsive nu sunt, în mod constant, defavorizate de prezența unei personalități patologice diagnosticate pe Axa II. Acestea din urmă

pot deveni – în sens dimensional – cofactori terapeutici optimizanți pentru bolile Axei I, deși existența lor este dezvoltată de câteva particularități ale relației terapeutice. Ea este influențată, după Beck (1990) și Young (1994), de persistența manifestărilor psiho-comportamentale pe care pacientul nu le conștientizează și le descrie deformat, fiind simultan convins că felul său de a fi nu se mai poate modifica. Comunicarea cu pacientul este afectată de insistența cu care aceasta descrie problemele interpersonale, dar și de inconsecvența și superficialitatea discursului. Acesta confirmă deficitul motivațional și incapacitatea personalităților patologice de a-și comunica gândurile și trăirile subiective. Complanța terapeutică are mereu de suferit, iar progresele sunt pe termen scurt, semnificațiile lor pierzându-se în sentimentele de incompletitudine și ineficiență ale terapeuților. Cu toate acestea, abordării terapeutice a tulburărilor de personalitate i se acordă o atenție particulară în ultimii ani, toate programele testate fiind de dată recentă. Ele se adresează decompensărilor personalităților patologice, corespunzătoare unor evenimente sau situații critice, manifestărilor unor episoade maladive de pe Axa I, instalate pe un teren personopat, sau chiar dominantelor dimensionale ale structurărilor dizarmonice.

Scopurile strategiilor terapeutice adaptabile tulburărilor de personalitate pot fi formulate cu o acuratețe sporită atunci când simptomele psihopatologice asociate nu au rădăcini personologice, când pacientul își manifestă adeziunea la demersul reabilitativ sau când sunt bine conservate abilitățile relaționale și cele de integrare în rolurile sociale. Aceste condiții sunt inconstante sau parțial prezente în patologia personalității.

Pe de altă parte, intervențiile terapeutice în domeniu trebuie să țină cont de faptul că simptomele și trăsăturile sunt mereu dificil de diferențiat, iar dimensiunile personalității normale se regăsesc – mai intens exprimate – la personalitățile cu trăsături accentuate sau la cele patologice. Pot fi considerate ca excepții de la această opinie

personalitățile schizotipală, paranoică, de tip borderline și, uneori, narcisică și isterică, acestea fiind diferite corespunzător atributelor structurale și integrative ale eului. Aceasta generează abilități și strategii particulare de prelucrare a experiențelor de viață și de adaptare la realitatea obiectivă.

În același context se situează și calitatea informațiilor obținute de la aparținători și de la ceilalți membrii ai comunității de apartenență, care condiționează adeseori și internarea pacienților cu tulburări de personalitate. Această contribuție devine de o importanță particulară atunci când simptomele comorbide sunt ambiguu exprimate sau când tulburările de comportament sunt mascate de atributele rolurilor sociale și profesionale.

Cea mai simplă și, în aceeași măsură, pertinentă modalitate de abordare terapeutică a tulburărilor de personalitate integrează tehnicile psiho-socio-terapeutice și psihofarmacoterapiile. Primele au o mare diversitate și datorită unei structurări progresive în cadrul intervențiilor adresate TP antisociale și de tip borderline (Leichsenring și Leibing, 2003 ; Perry și Bond, 2000).

Eficiența psihosocioterapiilor a fost verificată în cea mai mare măsură în cazul tulburărilor de personalitate de cluster C – cu precădere la personalitățile evitante și dependente, ale căror atribute structurale dominante favorizează complianța relației terapeutice. Particularitățile patologice de cluster A au beneficiat de cele mai puține observații în acest sens.

În genere, diversele metode psihoterapeutice vizează remediarea disconfortului subiectiv, a comportamentului maladaptativ, a raporturilor interpersonale și stimularea tonusului și motilității psihismului (Gunderson și Gabbard, 1999 ; Gabbard *et al.*, 2002). Astfel, manifestările paroxistice și situațiile de criză sunt abordate în instituții spitalicești, tulburările adaptative și relaționale, în unități semi-ambulatorii, iar psihoterapiile suportiv-stimulative beneficiază de rețeaua psihiatrică ambulatorie și de unitățile cu programe reabilitative pe termen lung (Gunderson, 2001).

Orice intervenție psihoterapeutică în cazul tulburărilor de personalitate reprezintă un demers complex și dificil, din cauza deficitului de conștientizare a problematicii generatoare de suferință sau disconfort relațional de către pacient. Același rol îl au și atribute precum lipsa de încredere, sugestibilitatea excesivă, hiperemotivitatea sau tendința terapeutului de a monopoliza dialogul cu persoana.

12.2. Psihoterapiile în tulburările de personalitate

Pornind de la considerațiile amintite, putem descrie următoarele variante psihoterapeutice aplicabile domeniului de referință.

Psihoterapiile suportive – vizează crearea unei atmosfere protective, în care pacientul să fie stimulat să îi expună terapeutului conținuturile ideo-afective. Pacientul trebuie să se obișnuiască progresiv cu dialogul și apoi să participe sincer și în mod interactiv la desfășurarea lui. Pentru menținerea acestei stări de anxietate sau neliniște „optimă”, terapeutul este obligat să definească de la început limitele temporale ale ședințelor, scopurile lor dominante și să adopte o atitudine obiectivă și binevoitoare (Appelbaum, 1994).

Suportul psihoterapeutic integrează o diversitate de metode accesibile psihoterapeutului, care vizează confortul afectiv și intelectual al pacientului (Havens, 1989). Sunt descrise, în acest cadru, armonia mediului fizic (care presupune inclusiv ignorarea oricărui apel telefonic), descrierea de către terapeut a utilității și limitelor ședințelor, acordul membrilor familiei pacientului, evitarea interogării acestuia și încercarea de a răspunde la întrebările sale în mod necondiționat. Ținând cont de rigiditatea și, uneori, de ermetismul discursului pacienților cu tulburări de personalitate, terapeutul va evita confruntările de opinie și interpretările unilaterale ale evenimentelor biografice abordate. Trebuie să cultivăm, de asemenea, atributele

pozitive și realizările pacientului, indiferent de calitatea de ansamblu a rolului existențial. Sunt evitate astfel „mini-sfârșiturile” dialogului terapeutic și apariția rezistenței (Racker, 1968; Schlesinger, 2005).

Personalitățile patologice de cluster A pot beneficia de psihoterapii suportive atunci când afișează atitudini reținute și indiferență mai mult aparentă (în cazul tipurilor schizoid și schizotipal) sau când asociază depresia la personalitățile paranoice (Gabbard, 2000).

Dintre personalitățile de cluster B – în condițiile stabilității în timp a terapiei –, se pretează la tehnici suportive TP de tip borderline și TP histrionică, dar nu și TP narcisică și TP antisocială (Kernberg *et al.*, 1989; Blum, 1973).

Personalitățile patologice de cluster C – evitantă, dependentă și obsesiv-compulsivă – pot fi abordate prin tehnici suportive cu o confirmată eficiență, în condițiile asocierii unor intervenții cognitiv-comportamentale, a anticipării unor expectații inaparente, respectiv a acurateții diagnostice, potențial influențabilă de prezența unor simptome aparținând tulburării obsesiv-compulsive (Kagan *et al.*, 1988; Gabbard, 2000).

Psihoterapiile suportive de sorginte psihanalitică se află încă în căutarea propriei identități, ele fiind utile cu precădere în perioada imediat următoare formulării diagnosticului de tulburare de personalitate.

Psihoterapiile psihanalitice clasice. În sens conceptual, psihanaliza contemporană se adresează cu precădere caracterului, adică acelei componente a personalității care se raportează la experiențele biografice traumatizante filtrate și imaginativ, la relațiile interpersonale și la mediul cultural (Gabbard, 2000).

Trăsăturile caracteriale reprezintă, conform modelului psihobiologic al lui Cloninger (1993), 50% dintre atributele structurale ale personalității, condiționează în cea mai mare măsură subtipurile psihologice patologice, dar, simultan, sunt mai maleabile și deci mai

accesibile intervențiilor psihoterapeutice. Blatt și Ford (1994) descriu, din perspectivă psihanalitică, cinci mari componente ale personalității: temperamentul fundamentat biologic, un set de relații obiectuale internalizate, conștiința propriei identități, o constelație specifică de mecanisme defensive și un stil cognitiv personal. Cele două repere care marchează ontogeneza personalității și se interconstruiesc reciproc sunt calitatea de ansamblu a eului și aceea a relațiilor interpersonale. Pornind de la acest binom, aceiași autori descriu două subgrupuri caracteriale patologice. Primul este tipul introspectiv, centrat pe autodezvoltare și autodefinire, care este, în același timp, autocritic, perfecționist și competitiv. Cel de-al doilea – extrovertit – cultivă și promovează raporturile cu cei din jur, fiind doritor de îngrijire, protecție și dragoste.

Tot în plan conceptual, trăsăturile caracteriale sunt expresia unor dorințe și nevoi inconștiente și a relațiilor obiectuale internalizate. Ele se manifestă în cazul tulburărilor de personalitate prin comportamentul dizarmonic instabil, egocentric, non-empatic sau iresponsabil, fundamentat pe asocierea alienantă dintre nevoia de a fi protejat și internalizarea unei relații parentale obsesive sau pe alte raporturi de aceeași factură. Atributele de persistență și specificitate individuală ale comportamentului personalităților patologice sunt legate de faptul că el reprezintă expresia unor variante relaționale repetate frecvent și fixate cognitiv în trecutul personal (Westen, Gabbard, 2002).

Mecanismele defensive individuale nu schimbă legătura dintre conținuturile ideatorii și cele afective, ci influențează și raporturile dintre eu și obiect. Ca urmare, ele se regăsesc integrate capacităților relaționale ale individului (Vaillant *et al.*, 1999).

Și în cazul tulburărilor de personalitate, stilul cognitiv personal este strâns conectat mecanismelor defensive. Astfel, rigoarea și lipsa de flexibilitate ideatorie sunt întreținute și de rolul specific de control asupra trăirilor afective (Shapiro, 1985).

Psihoterapeuții psihanalisti moderni apelează și în cazul tulburărilor de personalitate la 4-5 ședințe săptămânale cu durata de 40-50 de minute, în cadrul cărora este aplicată metoda asociațiilor libere, conform căreia pacientul este lăsat să-și expună conținuturi ale psihismului fără a respecta vreo regulă sau vreo idee dominantă. Pentru a diminua anxietatea inerentă a pacientului, terapeutul trebuie să adopte o atitudine de maximă elasticitate și să se antreneze în mod elaborat în dialog și numai dacă acest lucru devine necesar (Sandler, 1981). Se evită astfel apariția rezistenței la terapie și se nuancează fenomenele de transfer și contratransfer, deschizându-se calea interpretării celor expuse. Se vizează formularea unei opinii – acceptată de cei doi parteneri de dialog – care să conțină mesajele subconștientului și inconștientului individual.

Există terapii psihodinamice de scurtă durată (Anderson și Lambert, 1995) și psihoterapii de lungă durată (Leichsenring și Leibing, 2003), a căror eficiență este confirmată clinic, dar nu și statistic.

Criteriile de includere a pacienților depind de diagnostic și de atributele psihologice dominante, lipsa de concordanță dintre ele devenind o contraindicație majoră a curei psihanalitice. Alte contraindicații sunt, după Gabbard (2004) și Fonagy (2001) următoarele: situațiile de criză existențială, capacitățile scăzute de testare a realității, de autoevaluare și de control al impulsurilor, toleranța scăzută la frustrare, deficitul cognitiv cu substrat organic cerebral, capacitatea redusă de abstractizare, dar și nivelul ridicat de pragmatism și de preferință pentru concret.

Experiența clinică arată că personalitățile patologice de cluster A nu răspund la tehnicile psihanalitice, exceptând tipul schizoid, care însă este tentat să renunțe relativ rapid sau să crească progresiv durata pauzelor dintre întâlnirile terapeutice. De asemenea, curele psihanalitice sunt dificil de inițiat la personalitățile patologice de cluster B. Totuși, empatia manifestă a terapeutului și evitarea fenomenelor de contratransfer – în cazul personalității narcisice –,

precum și evitarea intimității și promovarea unui discurs realist – în cazul personalității isterice – le fac pe acesta accesibile metodelor (Kohut, 1984 ; Kernberg, 1974 ; Kernberg, 1974 ; Horowitz, 1977).

Dintre personalitățile de cluster C, cea obsesiv-compulsivă reprezintă tipul cel mai potrivit pentru abordarea psihanalitică. Sunt importante calitatea interpretării presiunilor supraeului pacientului și cultivarea autocontrolului în relațiile interpersonale. Personalitățile de tip evitant și dependent pot beneficia de tehnicile psihanalitice în condițiile asocierii altor terapii – cum sunt cele cognitiv-comportamentale și ale medicației SSRI. Sunt decisive cultivarea încrederii în metodă, dar și evitarea idealizării terapeutului (Gabbard, 2000 ; Perry, 1995).

În ansamblu, despre tulburările de personalitate – deși au fost evaluate prin metode psihometrice foarte sofisticate în timpul curei psihanalitice (Kantrowitz, 1987) – nu se poate afirma că răspund favorabil metodei de referință.

Psihoterapiile psihodinamice au fost inițial aplicate în abordarea tulburărilor de comportament (Luborsky, 1984 ; Strupp și Binder, 1984), ulterior fiind extinse la personalitățile patologice considerate severe (Clarkin, 1999 ; Bateman și Fonagy, 2003). Perspectiva psihodinamică se distinge prin apelul la semnificațiile conștiente și inconștiente ale experiențelor de viață individuale, despre care se consideră că sunt fundamentate biologic, dar și social și cultural. Interpretările psihodinamice pornesc tot de la conținuturile inconștientului și de la experiențele existențiale precoce pe care le consideră decisive în modelarea personalității și în amprentarea calitativă a biografiei personale.

Din perspectiva eului (Freud, 1923), sunt de luat în considerare acele funcții psihologice și mecanisme de apărare care asigură adaptarea la stimulii mediului. Tulburările caracteriale, exprimate prin autocontrol deficitar, manifestări impulsive neelaborate și

distorsiuni emoționale, sunt rezultatul apelului la mecanisme defensive maladaptative, ca reprimarea sau identificarea proiectivă. În același cadru, patologia sinelui (Kohut, 1977 ; Kohut, 1984 ; Ornstein, 1998) este centrată pe raportul dintre coeziunea și vitalitatea, respectiv slăbiciunea și fragmentarea acestui pol structural individual. Primele două atribute sunt favorizate de calitatea și cantitatea relațiilor interpersonale. Buie și Adler (1982) integrează acest model al sinelui psihologic abordării specifice a TP de tip borderline. În acest sens, se consideră că structurarea dizarmonică a personalității, dar și alte condiții psihopatologice de Axă I sunt favorizate de deficiențele îngrijirii și educației din perioada infantilă, care împiedică internalizarea imaginii părintelui ideal și structurarea sentimentului stimei de sine.

Un alt model psihodinamic este centrat pe relațiile obiectuale. Ele integrează reprezentări particulare ale sinelui și ale comportamentelor lumii exterioare (Fairbairn, 1954 ; Klein, 1946 ; 1975 ; Kernberg, 1995). Aceste raporturi sau „diade” devin unitățile componente ale structurii psihologice, în cadrul căreia se diferențiază și sunt integrate progresiv. Personalitatea matură coalescează acele reprezentări care mediază, la rândul lor, diferențierea și raportul dintre bine și rău, dintre nesiguranță și toleranță, dintre sine și lume. Kernberg (1984) distinge trei niveluri de organizare a personalității : de tip borderline, nevrotic și psihotic. Primul se folosește de mecanisme defensive primitive și integrează cele mai simple reprezentări ale sinelui și ale celor din jur, așa cum se întâmplă în cazul personalităților patologice de cluster A, B și al TP dependentă, dar și al celor afective, deci al majorității tulburărilor de personalitate.

Având ca punct de plecare conceptul de relație obiectuală, s-a dezvoltat și teoria atașamentului (Bowlby, 1969 ; 1973 ; 1980). Ea este totuși dominată nu de pulsuniile și fanteziile sexuale sau agresive, ci de legăturile afective apărute prin relaționarea interpersonală. Viața personală este dirijată de un model dinamic intern, care este

rezultanta dezvoltării progresive a capacităților de atașament (Bretherton, 1987). Acest *internal working model* ghidează relațiile interpersonale și reglează răspunsurile emoționale. Disfuncționalitatea lui este privită drept consecință a unui atașament deficitar și caracterizează majoritatea tulburărilor de personalitate, cu precădere structurile de tip borderline (Fonagy *et al.*, 1995; Gunderson, 1996; Levy și Blatt, 1999).

Dintre tehnicile psihoterapeutice de factură psihodinamică, cea mai utilizată este tehnica expresiv-suportivă (Luborsky, 1984; Gabbard, 2000). Ea integrează o serie de subvariante, având ca extreme pe cea expresivă, în care terapeutul își conservă neutralitatea și apelează la interpretări, respectiv pe cea suportivă, care se adresează mecanismelor defensive ale pacientului, privite ca părți integrante ale eului. Gabbard propune un continuum terapeutic expresiv-suportiv cu următoarea succesiune de etape :

interpretare → confruntare → clasificare → încurajarea elaborărilor → validare empatică → consiliere și stimulare laudativă → afirmare.

Această variantă psihoterapeutică favorizează schimbarea în bine prin creșterea capacității de înțelegere a pacientului aferentă interpretărilor și prin experiența unui nou tip de rol în cadrul relației cu terapeutul.

Varianta corespunzătoare psihologiei sinelui este centrată pe afirmarea empatiei, care va activa potențialul individual latent, întreținută fiind de relația de transfer sine-obiect (Ornstein, 1998). Terapeutul nu apelează la interpretări, ci empatizează cu atitudinile defensive ale pacientului, sprijinindu-l în încercările de menținere a coeziunii interioare. Prin vizarea repetitivă, astfel facilitată, a răspunsurilor sine-obiect, pacientul devine capabil să se adapteze, și în afara relației terapeutice, la problematica existențială.

Dintre *terapiile derivate din modelul relației obiectuale* (Strup, 1984; Gabbard, 2000), psihoterapia centrată pe transfer este varianta cea mai răspândită (Kernberg, 1989; Clarkin *et al.*, 1999;

Koenigsberg, 2000; Yeomans *et al.*, 2002). Metoda apelează la o relație explicită, cu tehnici foarte bine structurate și cu scopuri ierarhizate și net delimitate. Sunt fundamentale clasificarea dominantelor afective ale pacientului și definirea tuturor contradicțiilor și nepotrivirilor din limbajul și comportamentul acestuia. Ele sunt expresia procesului de difuziune, de dezorganizare și lipsă de coerență interioară. Conștientizarea lor și reprimarea fenomenelor de proiecție asupra celor din jur cu ajutorul terapeutului favorizează refacerea unității și autenticității personale. Sunt abordate elaborat capacitatea de autocontrol, percepția de sine, relațiile interpersonale și randamentul în profesie, ale căror particularități sunt interpretate și adaptate pentru perioada imediat următoare contactului sau raportului terapeutic.

Bateman și Fonagy (2003) descriu reperele dominante ale *tehnicilor psihodinamice derivate din teoria atașamentului*, aplicabile cu precădere la tulburările de personalitate de cluster C. Scopul major îl reprezintă stabilizarea structurii sinelui prin dezvoltarea unor reprezentări coerente și a abilității de a stabili relații interpersonale securizante. Terapeutul trebuie să devină cât mai repede – în mod tranzitor, desigur – principalul element protectiv care, simultan, să stimuleze capacitatea pacientului de a prelucra și înțelege progresiv trăirile afective intense care-l caracterizează. Pacientul este ajutat să conștientizeze faptul că este acceptat și înțeles – în sens intelectual – de către terapeut, care însă își păstrează neutralitatea afectivă, așa cum se întâmplă, inițial, în orice raport interpersonal din viața cotidiană. Sunt prevenite și pe această cale reacțiile autodistructive care perturbă structura eului, dar și calitatea și durata relației terapeutice.

Psihoterapiile cognitive sunt fundamentate pe modelul cognitiv al tulburărilor de personalitate, elaborat de Beck *et al.* (1990). Conform acestuia, trăsăturile personalității reprezintă expresia unor strategii adaptative care se adresează nevoilor de supraviețuire și reproducere, fiind condiționate genetic și ambiental. Prin procesul

selecției naturale se realizează, în timp, un raport coerent între aceste strategii și condițiile mediului. Atunci când acestea din urmă sunt nefavorabile, în sensul instabilității lor sau al unei intensități supraliminare, se dezvoltă dimensiuni cognitiv-afective și motivațional-comportamentale care definesc personalitățile patologice. Aceste dimensiuni interrelaționează și sunt supra- sau subdezvoltate, în sens cantitativ, rămânând însă centrate pe structurile cognitive care integrează seturile de reguli ce guvernează procesarea informațiilor.

În cazul tulburărilor de personalitate, aceste structuri cognitive sunt maladaptative, deoarece conduc la interpretări eronate ale realității înconjurătoare. Astfel, în cazul tulburărilor de personalitate de cluster B sunt descrise convingeri de genul „Fiind slab și vulnerabil, eu sunt în mod necondiționat neacceptat de către lumea din jur, care este răuvoitoare și periculoasă”. Aceste distorsiuni cognitive duc la interpretări și, ca urmare, la trăiri afective și atitudini extreme în raport cu evenimentele vieții. Beck *et al.* (1990) sugerează și prezența unui deficit al autocontrolului la personalitățile patologice, care favorizează manifestările impulsive sau, dimpotrivă, o exagerată inhibiție.

Tot din perspectiva teoriei cognitive, Young (1999; 2003) introduce conceptul de *structură maladaptativă precoce*. El integrează experiențele maladaptative negative perceptuale, afective sau cognitive, trăite într-un mod repetat uneori – în copilărie și adolescență –, care, sub influențele mediului, percepute ca similare celor anterioare, favorizează emoții negative intense, precum frica, furia, rușinea sau ura. Acestea afectează constant abilitățile relaționale și adaptative, din cauza efectului lor cumulativ în timp și corespunzător faptului că au valoarea unor adevăruri indubitabile, de necontestat pentru individ.

Terapiile cognitive care asociază și tehnici comportamentale presupun existența unei complianțe terapeutice semnificative și, în mod tradițional, apelează la ședințe de scurtă durată, orientate spre

diminuarea intensității manifestărilor și cultivarea abilităților adaptative în principalele roluri existențiale. Ele sunt aplicate și în diverse condiții malade corespunzătoare Axei I, precum tulburările afective, cele de control al impulsurilor, tulburările somatoforme, și în abuzul de substanțe psihoactive. Eficiența lor este inconstantă și parțială, astfel că, în depresii, deși rata efectelor pozitive este peste 60% imediat după aplicarea intervenției, ea scade la jumătate după un an de zile (Young *et al.*, 2001). Prezența unor tulburări de personalitate de pe Axa II diagnostică scade, în mod evident, aplicabilitatea și eficiența tehnicilor cognitive, din cauza deficitului volitiv, motivațional și relațional, rigidității sau instabilității cognitive și afective și, nu în ultimul rând, a ambiguității discursului pacientului, a căruia problematică pare vagă, inaparentă și stabilizată în timp.

În același context, Ryle (1997a; 1997b), pornind de la particularitățile dominante ale personalității de tip borderline – instabilitatea imaginii de sine, subdezvoltarea vocabularului emoțional, impulsivitatea și stările disociative recurente –, recomandă *intervenții cognitive-analitice*, după o experiență personală pe un lot de 30 de subiecți. Această tehnică presupune aflarea de către psihoterapeut a celor mai importante experiențe existențiale și a diversității relațiilor interpersonale ale pacientului. Sunt cultivate fenomenele de contratransfer în vederea stabilirii unei alianțe terapeutice. Prin identificarea trăirilor pacientului și a manifestărilor comportamentale corespondente, terapeutul îl va stimula în conștientizarea și reproducerea lor coerentă, diminuând tendințele disociative.

Un rol semnificativ tinde să aibă astăzi *tehnica cognitiv-analitică* dezvoltată de Young și colaboratorii săi, care constă în identificarea și modificarea structurilor maladaptative precoce și a devianțelor comportamentale persistente aferente lor. Și în acest caz, stabilirea unei complexe alianțe terapeutice este decisivă. Ea se bazează pe o confruntare empatică, în care terapeutul acceptă și comentează abilitățile adaptative ale pacientului, și pe o atitudine de factură

parentală a terapeutului, care se substituie parțial unui părinte absent, atunci când este cazul. Pornind de la trei dintre modalitățile adaptative ale copilului, care este copleșit de intensitatea evenimentului existențial, îl evită sau reacționează supracompensator, terapeutul va încerca să le conecteze la nivelul de extroversiune și activism personal, deci la dominantele personologice. Se vizează modificarea acestora din urmă, astfel încât pacientul să-și schimbe convingerile autodevalorizante și cele despre lume.

Tehnicile cognitive propriu-zise aplicate tulburărilor de personalitate vizează, ca și cele adresate bolilor corespunzătoare Axei I, rezolvarea problemelor personale prin modificarea distorsiunilor cognitive și a comportamentului deviant, care împiedică o adaptare și funcționare corespunzătoare în rolurile vieții (Beck, 1996 ; Davidson, 2000). În mod particular, în abordarea tulburărilor de personalitate ale căror raporturi interpersonale sunt cronic constant problematizante se precizează relația terapeutică în mod elaborat structurată, în cadrul căreia – asemănător cadrului unui laborator – i se oferă pacientului șansa de a-și corecta convingerile dezavantajante față de sine și față de cei din jur. Subiectul care mediază acest demers este terapeutul.

Comparativ cu psihoterapiile cognitive folosite pentru tulburările psihopatologice ale Axei I, în cazul tulburărilor de personalitate ședințele trebuie să fie de durată mai mare și mai frecvente.

Pornind de la sintagma enunțată direct sau sugerată de personalitățile patologice („Acesta sunt eu ! ”), este necesară o implicare intensă a terapeutului în vederea întăririi prin repetare susținută a abilităților adaptative. Este vizată diversitatea componentelor cognitive, afective și comportamentale care trebuie mobilizate (Davidson și Tyrer 1996). Necesitatea cunoașterii evenimentelor marcante și/sau vulnerabilizante din copilărie și, ca urmare, inventivitatea terapeutului care facilitează veridicitatea descrierilor biografice ocupă, de asemenea, o poziție aparte (Padesky și Greenberger, 1995).

În ansamblu, în patologia personalității terapiile cognitive se află încă în perioada experimentelor și începe să devină o certitudine faptul că psihoterapeuții trebuie să colaboreze în elaborarea unui model de intervenție cognitivă cu o cât mai largă aplicabilitate și eficiență.

Psihoterapiile comportamental-dialectice au fost dezvoltate de Linehan (1993) ca o metodă în mod specific adresată părinților cu TP de tip borderline și manifestări autovătămătoare sau suicidare.

Stanley (2001) le consideră o variantă a terapiilor cognitive-comportamentale, care poate fi adaptată și pentru cazul tulburărilor de personalitate, cu precădere al celor dominate de disfuncționalități emoționale. Acestea din urmă – în cazul TP de tip borderline – sunt condiționate, pe de o parte, de o vulnerabilitate afectivă exagerată, manifestată prin răspunsuri emoționale rapide și intense, urmate de o revenire tardivă la starea normotimică. Se asociază, pe de altă parte, și o perturbare a maturizării afective, datorată mediului parental abuziv sau neglijent. Cele două condiții se stimulează reciproc. În același context, Linehan (1993) descrie – din perspectiva teoriei învățării – comportamentul autodistructiv recurent specific personalităților cu dereglări în managementul emoțiilor, comportament ce reprezintă un apel la îngrijire și atenție din partea anturajului. Din aceeași perspectivă, substratul teoretic al terapiilor comportamental-dialectice e reprezentat – ca și în cazul terapiilor cognitive dezvoltate de Beck *et al.* (1990) – de principiile teoriei învățării, de această dată aplicate vieții emoționale. Atributul de *dialectic* se datorează coexistenței dintre acceptarea de către terapeut a comportamentului disfuncțional și încercarea de a-l modifica în sens pozitiv. Fără prima componentă a binomului, cea de-a doua a fost mereu invalidată de intervențiile anterioare (Linehan, 1997).

Doctrina dialectică pornește de la premisa că pacientul – în perioada intervenției terapeutice – dorește să-și îmbunătățească situația

în orice condiții, deși nu este doar el responsabil pentru gravitatea ei. Alte repere de aceeași valoare sunt încrederea în terapeut și, pe de altă parte, convingerea acestuia că reprezintă un sprijin temporar și un îndrumător pentru pacient, nu un protector care să îi preia responsabilitățile.

Tratamentul propriu-zis are două componente: terapiile individuale și cultivarea aptitudinilor. Primele se desfășoară în ședințe săptămânale de câte 50-60 de minute, fiind însă flexibile ca structură, în funcție de disponibilitatea pacientului. Acesta este obligat să țină un jurnal cu conținutul subiectelor abordate și poate oricând să apeleze telefonic terapeutul – se recomandă zilnic –, atunci când anticipează o scădere a autocontrolului. Ședințele sunt subîmpărțite în trei etape: de abordare și estompere a psihotraumelor, a evenimentelor și comportamentelor care perturbă relația terapeutică și a condițiilor care afectează calitatea vieții pacientului. Abordarea aptitudinală vizează structurarea unor abilități noi, cu efecte adaptative, și se desfășoară sub forma unor întâlniri de grup monitorizate, de preferință de un al doilea terapeut (Linehan, 1993).

Abilitățile stimulate sunt de natură rațional-cognitivă, emoțională, de control al stresului și interpersonală. Abordarea primei categorii se face apelând la principiile filosofiei Zen, pacientul fiind sprijinit să se concentreze asupra stării prezente pe deplin conștientizată. În al doilea plan se află cultivarea emoțiilor pozitive și a capacității de control a anxietății, tristeții și fricii, precum și a reacțiilor afective la stimulii din mediu. Abordarea toleranței la stres presupune cultivarea capacităților de detașare a situațiilor suprasolicitante sau critice și a aceleia de acceptare a evenimentelor ce nu pot fi controlate. A patra dimensiune terapeutică vizează promovarea capacităților interrelaționale personale, prin controlul cognițiilor care le dezavantajează, dar cu păstrarea și cultivarea stimei de sine.

Tehnicile dialectale specifice apelează cu precădere la cultivarea paradoxului care facilitează spontaneitatea și flexibilitatea limbajului

și a comunicării în ansamblu. O contribuție asemănătoare o are și aplicarea tehnicii „avocatul diavolului”, ce are un confirmat rol mobilizator al dorinței de schimbare a pacientului. Ea este foarte utilă în motivarea primelor ședințe psihoterapeutice (Goldfried *et al.*, 1978; Suler, 1989). Aceeași importanță o are și utilizarea metaforelor, a „poveștilor terapeutice” care favorizează autocunoașterea, dar și mobilizarea unor aptitudini estompate (Barker, 1985).

O altă tehnică este încurajarea pacientului în planurile sale în măsură mult mai mare decât se poate aștepta acesta, în așa fel încât consecințele dezavantajante ale intențiilor acestuia să devină evidente (Saposnek, 1980).

May (1982) descrie – pentru pacienții cu TP de tip borderline – și importanța armonizării dintre raționamentele afective și cele logice, alături de încercarea – chiar bazată pe umor – de a degreva de semnificații negative și autoculpabilizante discursul pacientului. Ambele variante amintite impun însă o alianță terapeutică foarte elaborată, în cadrul căreia pacientul să fie convins de reala compasiune a terapeutului.

Tehnicile dialectic-comportamentale integrează un program flexibil al întâlnirilor, al subiectelor abordate și al accesibilității la diferiții psihoterapeuți implicați. Se consideră că schimbările pozitive sunt favorizate de atmosfera deschisă – dar sigură – astfel întreținută.

Odată structurat, programul terapeutic integrează observarea activă a celor prezentate de pacient într-o manieră empatică non-autoritară și validarea directă a răspunsurilor pacientului. Tehnica dialectic-comportamentală și-a confirmat utilitatea în abordarea majorității atributelor TP de tip borderline, atât în condiții de spitalizare, cât și în ambulator și pe diferite grupe de vârstă. Ea urmează să fie experimentată și în alte sectoare ale patologiei personalității (Lynch *et al.*, 2003; Rathus și Miller, 2002).

Psihoterapiile interpersonale – au o solidă fundamentare teoretică, dar sunt încă în faza aplicării experimentale pentru tulburările de personalitate luate în ansamblu (Kiesler, 1986 ; Horowitz *et al.*, 1988 ; Benjamin, 2003).

În acest context, este, de asemenea, bine cunoscută tendința de a integra definiții tulburării de personalitate esențiale disfuncționalitățile interpersonale și sociale (Livesley și Jank, 1998 ; Johnson *et al.*, 2000 ; Oldham și Skodol, 2000). De altfel, criteriile diagnostice pentru TP schizoidă, TP schizotipală, TP de tip borderline și TP dependentă integrează numeroși termeni de factură interpersonal-relațională (APA, 2000).

Parker (2002), la rândul său, consideră că un prim nivel al caracterizării tulburărilor de personalitate este cel al tulburării de ansamblu a funcționării interpersonal-sociale, cel de-al doilea fiind abia cel tipologic. De altfel, dintre cei 17 markeri ai disfuncționalității generale, majoritatea sunt de natură relațională.

Sublinierea contribuției relațiilor interpersonale în definirea personalității și structurarea tulburărilor de personalitate a început cu Sullivan (1953), care a definit personalitatea ca pe un model stabil de raporturi interpersonale recurente ce caracterizează viața individului uman. Același autor introduce termenul de *interpersonalism* care se referă la relațiile dintre două persoane ce au o ambianță comună și consideră că și nevoile umane ar fi condiționate de relațiile interpersonale. Bowlby (1988), la rândul său, relevă rolul calității relațiilor interpersonale precare – inițial față de mamă, apoi și față de alte persoane – în structurarea concepției despre sine și lume a unei personalități armonioase. În același cadru, Janoff Bulman (1992) relevă dubla postură a relațiilor interpersonale, de factori determinanți, respectiv de consecințe ale tulburărilor afective și ale caracteriopatilor.

Diversele tipuri de raporturi interpersonale pot fi caracterizate printr-o serie de epitete. Astfel, a luat naștere ideea unui cerc sau

circumplex care ar delimita un spațiu interpersonal și ar putea facilita caracterizarea multitudinii de modalități relaționale. Structurarea circumplexului a fost inspirată de concepția lui Bakan (*apud* Wiggins și Trohst, 1999), care integrează două direcții ortogonale proprii ființelor dotate cu viață psihică ce surprind două atitudini fundamentale : o tendință orientată spre afirmarea individualistă de sine și una de agregare și comuniune socială, ambele cu variantele lor opuse. Pe acest teritoriu, în raporturile cu alții, persoana „negociază” diferite schimburi, oferind un anumit tip de suport, afectiv sau moral și primind un anumit tip de răspuns. Au fost elaborate mai multe tipuri de circumplexe cu ajutorul unor epitete definitorii pentru atitudinile specifice și stabile ale persoanei umane. Primul a fost cel imaginat de Leary (1957). Sunt, de asemenea, de remarcat cele ale lui Kiesler (1986), respectiv Horowitz *et al.* (1988). Astăzi, cel mai des este utilizată scala adjectivelor interpersonale IAS (The Interpersonal Adjective Scale), elaborată de Wiggins, în 1995. Din 1993 există și o scală de evaluare a comunicării interpersonale în cursul psihoterapiei – Impact Message Inventory (IMI), structurată de Kiesler și Schmidt.

Aceste instrumente nu au fost încă extinse în studiul personalităților patologice, pentru că vizează, în genere, doar primii doi factori din modelul celor cinci, elaborat de Costa și McCrae, și sunt încă deficitare ca ofertă de abordare dimensională. În acest sens, Benjamin (2003) a structurat un model care permite formularea de profiluri personologice individuale pentru fiecare dintre tipurile aparținând DSM-IV-TR, denumit Structural Analysis of Social Behavior (SASB). El are trei repere dominante ce reflectă, în bună măsură, opinia clasică asupra poziției centrale în spectrul nevoilor ființei umane a nevoilor de afecțiune și putere. Primul reper vizează capacitatea de a avea reprezentări stabile și integrate ale eului despre sine și cei din jur. Cel de-al doilea cuprinde deficiențele relaționale interpersonale, în sensul atașamentului, intimității și echilibrului, iar cel de-al treilea

integrează viciile comportamentului prosocial, în sensul raporturilor dintre incisivitate și autocontrol, dintre activism și pasivitate.

Modelul lui Benjamin coalizează atribute psihodinamice și interpersonale care fundamentează tehnici psihoterapeutice omonime, la care se adaugă cele cognitive (Markowitz *et al.*, 1998).

Psihoterapiile interpersonale și-au dovedit utilitatea în abordarea depresiilor, tulburărilor anxioase și bulimiei și au fost inițial aplicate la pacienții cu TP de tip borderline, a căror responsivitate terapeutică scăzută este recunoscută.

Aceste variante psihoterapeutice sunt fundamentate pe convingerea că pacientul are probleme ce pot fi tratate și de care nu poate fi responsabil, dar și pe faptul că între suferința individuală și evenimentele vieții există o interdependență mereu confirmată.

Tehnicile de scurtă durată includ 12-16 ședințe săptămânale (Weissman *et al.*, 2000). Faza inițială durează nu mai mult de trei întâlniri și urmărește stabilirea diagnosticului, în cazul tulburărilor de personalitate care vizează imaginea de sine. Urmează inventarul interpersonal din perspectiva strategiilor de stabilire a relațiilor și a raporturilor sociale. Se pune accent pe comportamentul social recent, dar și pe izolarea socială și absența evenimentelor de viață, ca repere ale deficitului interpersonal. În aceeași fază se pun bazele alianței terapeutice, iar pacientul și terapeutul convin să se informeze reciproc asupra progreselor tratamentului.

În următoarele ședințe, din perioada de mijloc a terapiei, sunt identificate și acele evenimente de viață – din săptămâna precedentă – care merită o investiție emoțională. În ultimele ședințe se face un bilanț al rolurilor existențiale și al raporturilor cu cei din jur, iar terapeutul sprijină încrederea în sine și inițiativele personale ale pacientului (Frank *et al.*, 1990; Renolds *et al.*, 1999).

Terapiile interpersonale aplicabile tulburărilor de personalitate vizează cu precădere tulburările de personalitate de cluster B și C, în cazul TP de tip borderline durata lor fiind cea mai prelungită.

Studiile de până acum arată cea mai bună complianță terapeutică la pacienții cu TP dependentă și TP obsesiv-compulsivă (Barber și Muenz, 1996).

Psihoterapiile de grup – sunt tot mai des utilizate în strategiile terapeutice adresate tulburărilor de personalitate, toate tipurile încadrate în DSM-IV-TR beneficiind de ele. Terapiile de grup sunt considerate semnificativ mai incisive decât cele individuale și, ca urmare, mai potrivite cu atributul de *persistență* sau de *stabilitate* al manifestărilor psihocomportamentale. Yalom (1995) descrie câteva particularități care pledează pentru aplicabilitatea și eficiența terapiilor de grup. Într-o ordine aleatorie, acestea sunt: un anumit nivel de coeziune care favorizează participarea la întâlniri, capacitatea de a împărtăși celorlalți problemele personale, aceea de a învăța unii de la alții sau de a imita și altruismul.

Pe de altă parte, grupurile terapeutice favorizează estomparea fenomenului de transfer negativ către terapeut, cultivă feedbackurile între partenerii de dialog și integrarea emoțiilor pozitive și negative. Ele vin în întâmpinarea tendinței unora dintre pacienții cu tulburări de personalitate de a demonstra, și nu doar de a descrie dificultățile lor interpersonale și permit structurilor de tip histrionic, dependent sau borderline să se valorizeze prin adoptarea unui rol public. Piper și Ogrodniczuk (2004) comentează dezavantajele grupului în cadrul căruia diversitatea opiniilor poate împiedica orice formă de comunicare. Grupul dezavantajează, de asemenea, pe cei cu un stil incisiv și independent sau poate deveni „țap ispășitor” pentru unii dintre membrii săi.

Rutan și Stone (2001) descriu dezavantajele psihoterapiilor de grup, în conformitate cu rolurile adaptate de majoritatea pacienților cu tulburări de personalitate care preferă și/sau afișează solitudinea – TP de cluster A și TP evitantă –, provocările recurente – TP antisocială, TP de tip borderline, TP obsesiv-compulsivă –, o atitudine

plicitisită – TP narcisică, TP obsesiv-compulsivă – sau una de sprijinitor al terapeutului – TP histrionică, TP dependentă. Nemulțumirea perpetuă este apanajul TP narcisice și TP de tip borderline. Acestea s-au dovedit și cele mai rezistente la efectele terapeutice pozitive ale grupului în ambulator (Tuttman, 1990).

Sunt descrise și aplicate câteva variante psihoterapeutice de grup. Astfel, terapiile de scurtă durată nu depășesc 20 de ședințe, eșalonate săptămânal, nu au un caracter intensiv și nu vizează modificări structurale profunde, ci modelarea comportamentului din perspectiva modalităților de expresie emoțională și a aptitudinilor de socializare.

Terapiile pe termen lung includ una sau două ședințe săptămânale, timp de 1-2 ani de zile. Ele au un caracter intensiv și integrează interpretarea și confruntarea – cu participarea grupului – a conflictelor interioare, a mecanismelor defensive și a comportamentului maladaptativ persistent al pacientului. Validarea eficienței metodei are loc tot în cadrul grupului, prin obiectivarea progreselor relațional-adaptative (Rutan și Stone, 2001).

O a treia variantă o reprezintă terapiile de zi care corespund unor spitalizări parțiale cu 3-5 întâlniri pe săptămână, fiecare cu o durată de câteva ore. Se apelează la tehnici diferite – cognitiv-comportamentale, pentru grupurile care au ca scop cultivarea aptitudinilor, sau psihodinamice, atunci când primează modificarea reperelor eului. Terapiile de zi au ca urmare o diversitate de scopuri și sunt intensive. Grupurile variază numeric, structural și ca obiective, interacționează unele cu altele și din punctul de vedere al personalului implicat, iar pacienții sunt încurajați să aibă în vedere întregul sistem. Se stimulează comunicarea între membrii diferitelor grupuri, respectul reciproc și inițiativele responsabile (Bateman și Fonagy, 1999).

A patra variantă terapeutică de grup este una intensivă care se adresează situațiilor critice, cum ar fi, de exemplu, tentativele de suicidare. Ea se desfășoară în condiții de spitalizare și poate dura

între una și șapte zile. Costurile ridicate o fac tot mai rar utilizată. Metoda include observarea, îngrijirea și suportul, fiind combinată cu alte variante psihoterapeutice (Rosen *et al.*, 2001). Această tehnică intensivă mai este utilizată în abordarea TP antisocială, în condițiile în care pacientul este privat de libertate.

Utilitatea terapiilor de grup depinde și de omogenitatea sau eterogenitatea acestora, de durata – adeseori insuficientă – a ședințelor și de asocierea altor variante psihoterapeutice (Shea, 1993).

Terapiile de grup, în ansamblul lor, sunt mereu confirmate ca și cvasiobligatorii în orice strategie terapeutică elaborată pentru pacienții cu tulburări de personalitate. Ele sunt cu precădere indicate la TP schizoidă, TP schizotipală, TP histrionică, TP de tip borderline, TP dependentă, TP evitantă și, într-o oarecare măsură, la TP obsesiv-compulsivă. Sunt dificil de aplicat sau puțin eficiente la TP paranoică, TP antisocială și TP narcisică. Asocierea mai multor tulburări de personalitate diminuează constant eficiența psihoterapiilor de grup (Dolan *et al.*, 1995).

Psihoterapiile familiale. Este bine cunoscut faptul că mediul familial reprezintă, simultan, un factor personogenetic de importanță majoră și unul implicat în etiopatogenia diverselor tulburări corespunzătoare Axei I. Atributele familiale dominante sunt extrapolate în abilitățile individuale de abordare a conflictelor și în cele suportive (Millon, 1981 ; Head *et al.*, 1991).

Espy (1994) subliniază câteva dintre caracteristicile dinamicii mediului familial care se răsfrâng asupra comportamentului individual, și anume decepțiile, amenințările, trădările, pedepsele fizice.

Se știe că atitudinea parentală poate influența direct sau indirect structurarea personalității copiilor sau instalarea unor episoade malade corespunzătoare Axei I. Astfel, părinții pot contribui direct la modelarea unor comportamente adaptative disfuncționale ale copiilor sau indirect, prin stimularea și promovarea unei comunicări deschise între generații.

Pot fi astfel prelucrate și depășite împreună eșecuri, frustrări și abuzuri pe care copiii le suferă conjunctural și care ar putea condiționa negativ echilibrul psihocomportamental.

Rutter și Quinton (1984) remarcă faptul că prezența unor tulburări de personalitate la părinți are un impact negativ mult mai sever asupra copiilor decât antecedentele psihiatrice parentale corespunzătoare Axei I. Consecințele asupra ontogenezei personalității infantile sunt deosebit de grave atunci când, prin căsătorie, se întâlnesc două tulburări de personalitate, cum ar fi TP de tip borderline, respectiv TP narcisic și TP antisocial. În prima situație, chiar dacă, la început, trăsăturile de tip borderline și cele narcisice se tolerează reciproc – putând trece chiar prin scurte perioade de armonizare pe terenul atributelor din spectrul dependenței –, ulterior recurențele depresive și potențialul suicidar vor ajunge să confirme accentuarea instabilității structurale. În a doua variantă, stilul activ-exploataiv și non-empatic al antisocialului vor face imposibilă relația conjugală. Orice căsătorie – menținută forțat în cadrul descris – se va repercuta direct și negativ asupra eventualilor urmași. Astfel, sfatul conjugal devine unica variantă pertinentă preventivă (Johnson și Lebow, 2000; Sholevar și Schwoeri, 2003).

La nivel atitudinal, considerăm că efectele personopatie majore pot să apară atunci când stilul hiperprotector parental coabitează cu deficitul moral al unei personalități patologice. TP paranoică și TP antisocială sunt cele mai potrivite exemple în acest sens. Mecanismul dominant în acest context este cel al identificării proiective, care, prin repetiție, induce rigiditatea atitudinală, erorile adaptative și, nu în ultimul rând, estomparea aspirațiilor prosociale ale eului (Zinner, 1976).

Sonne și Swirsky (1986) alături de Sholevar și Schwoeri (2003) descriu câteva particularități ale terapiilor familiale. Astfel, dinamica grupului, corespunzător varietății de roluri în care interrelaționează membrii familiei, favorizează acuratețea diagnosticării personalităților

patologice. Același rol îl are și fenomenul de transfer al trăirilor și atitudinilor, în raport cu partenerul conjugal. Au fost observate, în același context, căsătorii „complementare”, precum cele dintre TP obsesiv-compulsivă și TP histrionică, respectiv TP paranoică și TP afectiv-depresivă, care, fără a avea o semnificație statistică, relevă – corespunzător eșecului prematur al relației – disfuncționalitatea tulburărilor de personalitate în rolul familial și facilitează selectarea cazuisticii pentru psihoterapiile familiale.

Cele mai semnificative încercări psihoterapeutice implicând grupul familial au avut ca subiect familiile în care cel puțin unul dintre cei doi parteneri întruneau criteriile de diagnostic pentru TP de tip borderline. Trăsăturile de tip borderline imprimă instabilitate vieții conjugale cu întreg cortegiul de perturbări cognitive, afective, motivaționale și atitudinale care o însoțesc.

O primă condiție terapeutică este delimitarea exactă a grupului familial în raport cu familia extinsă și celelalte componente ale rețelei personale de suport social. În sens psihodinamic, sunt căutate de către terapeut condiționările genetice ale comportamentului maladaptativ și se promovează rezolvarea problemelor existențiale care îl pot favoriza.

Terapeutul trebuie să devină un mediator al comunicării interpersonale și să încerce să estompeze expresiile emoționale exagerate, pătimase, atât de specifice cazuisticii. Este foarte importantă diferențierea dintre reacțiile afective de furie și supărare și atributele afective structurale ale părinților. Sunt cultivate, de asemenea, răspunsurile afective pozitive care asigură protecția și sprijinul partenerului. În toate aceste inițiative, terapeutul trebuie să stimuleze cooperarea între membrii familiei, care, progresiv, tinde să devină necondiționată (Johnson, 1998; 2002).

Zanarini și Frankenburg (1997) insistă asupra disfuncționalității vieții sexuale a cuplului, în cadrul căreia trebuie redimensionate modalitățile de exprimare și favorizată estomparea amintirilor

dezavantajante care cultivă rigiditatea atitudinală și perturbă iremediabil momentele de intimitate.

Terapeutul poate fi pus și în situația de a oferi protecție pacientului cu TP de tip borderline, inițial în cadrul abordării unui cuplu din care mai face parte o personalitate cu trăsături de tip narcisic sau antisocial.

În abordarea familiilor cu TP narcisică trebuie să se aibă în vedere expectațiile acestora de a beneficia de un tratament preferențial. De la început, este necesară combaterea defenselor narcisice care perturbă raportul psihoterapeutic. Lansky (1986), alături de Sholevar și Schwoeri (2003), recomandă terapeutului o atitudine bine definită, elaborat autoritară și empatică în aceeași măsură, care să stimuleze respectul pacienților și să le faciliteze comunicarea. Sunt importante, de asemenea, abordarea rațională a evenimentelor psihotraumatizante din copilăria pacientului, precum și reținerile sale referitoare la părintele de sex opus și la raporturile dintre ei în timp. Faptul se datorează atitudinii mereu reconfirmate ale acestui părinte de a-și critica și blama partenerul de același sex cu pacientul, aflat, bineînțeles, la vârsta copilăriei.

Forehand, McMahan (1981) și Patterson (1982) descriu mediul familial dominat de stilul intolerant, hiperpunitiv, victimizator și non-empatia care afectează plenar relația conjugală, dar și raporturile parentale. În cadrul acestora din urmă, atitudinile coercitive – corespunzătoare instabilității structurale a părinților –, deși recurente, sunt inconstante și greu anticipabile, fapt ce cultivă manifestări similare în comportamentul copiilor. Disfuncționalitatea rolului profesional și, adeseori, prolificitatea cuplului agravează și mai mult dizarmonia vieții familiale.

Intervențiile psihoterapeutice sunt relativ limitate, dar trebuie să cultive comunicarea și liniștea cuplului, corespunzător unor câștiguri sau achiziții materiale conjuncturale, și să coalizeze mecanismele

defensive individuale, orientându-le împotriva părintelui cu atitudini recurente antisociale.

Millon (1981) și Head (1991) postulează faptul că un mediu social cu expresivitate emoțională deficitară și, simultan, hiperprotector cultivă trăsăturile de tip dependent. Familia, în ansamblu, are o slabă coeziune interioară, este inabilă în raporturile cu alte grupuri sau microgrupuri sociale și este dominată de insuficiența curiozității și a deschiderii spre valorile și tradițiile culturale.

Personalitățile patologice de tip evitant marchează viața de familie prin manifestările lor de o extremă reținere și prin măsurile de securizare în fața numeroaselor fobii. Evitarea contactelor sociale afectează coeziunea familială și cultivă ritualuri și reguli stricte de conviețuire. După Wolin și Bennett, aceste atribute le stimulează pe cele de același tip ale partenerului și dezavantajează net maturizarea copiilor.

Orice strategie terapeutică adresată familiilor în care există și personalități patologice de tip dependent și evitant trebuie să țină cont de mecanismele compensatorii. Trebuie deci cultivate legăturile cu persoane active, implicate, decise și comunicative, care pot fi și altele decât partenerul conjugal. Pe de altă parte, terapeutul va stimula exprimarea deschisă a trăirilor afective între parteneri și ignorarea ideii că aceasta ar dăuna relației respective.

După Kerr (2003), Scholevar și Schwoeri (2003), se impun clasificarea rolului fiecărui partener în cadrul cuplului, inclusiv în raporturile față de copii, și, uneori, hiperimplicarea terapeutului care poate prelua temporar atributele unora dintre roluri și redimensiona prioritățile atitudinale.

12.3. Terapiile psihofarmacologice

Orice strategie terapeutică trebuie să includă și o componentă psihofarmacologică. Faptul este motivat de însăși structura personalității, care integrează obligatoriu dimensiuni temperamentale condiționate dominant biologic. Siever și Davis (1991) analizează contribuția neurotransmițătorilor din anumite regiuni ale sistemului nervos central la structurarea și modelarea ulterioară a trăsăturilor temperamentale. Acestea din urmă au ca substrat disfuncționalitatea persistentă a sistemului hipotalamo-hipofizo-suprarenal, care reglează răspunsurile la stres (Debellis *et al.*, 1999), dar și scăderile de volum ale hipocampului și amigdalei, implicate în activitatea memoriei și reglarea emoțională (Debellis *et al.*, 1999; Driessen, 2000). În același cadru, Rinne *et al.* (2000) descriu scăderea serotoninemiei cerebrale la femeile cu TP de tip borderline. În toate situațiile enumerate, factorii declanșatori incriminați sunt psihotraumele din perioada copilăriei, cu precădere abuzurile fizice și sexuale. Pe de altă parte, se știe că eșecurile, frustrările, evenimentele și schimbările negative ale vieții condiționează și diversitatea tulburărilor psihopatologice corespunzătoare Axei I. Ca urmare, fenomenele productive perceptuale și cognitive din puseele acute de schizofrenie pot avea același substrat neurobiologic – în acest caz, dismetabolismul noradrenergic –, ca și cele din reacutizările manifestărilor schizotipale sau paranoice.

Terapiile farmacologice folosite în tulburările de personalitate se adresează manifestărilor clinice și comportamentale relevante, prin intensitatea, dramatismul și pericolozitatea lor, pentru individ și anturaj. Sunt vizate deci stările depresive și anxioase, producțiile perceptuale și cognitive patologice, impulsivitatea și agresivitatea, care pot culmina în acte suicidare sau criminale.

Rezultatele studiilor experimentale și clinice adresate terapiei medicamentoase a tulburărilor de personalitate sunt dificil de extrapolat

în strategii terapeutice elaborate sau specifice unei caracteriopatii, din cauza mai multor condiții dezavantajante. Printre ele, enumerăm frecvențele situații de comorbiditate cu alte tulburări de personalitate sau cu bolile corespunzătoare Axei I – cazul TP de tip borderline fiind mereu un exemplu în acest sens (Gunderson și Philips, 1999; Koenigsberg *et al.*, 1999). De asemenea, instabilitatea psihocomportamentală și, implicit, relativismul fazelor acute ale unor pacienți împiedică, la rândul lor, aplicarea controalelor placebo (Hollander, 2001) sau favorizează părăsirea studiului (Kelly *et al.*, 1992).

Intervențiile farmacoterapeutice rămân electiv pentru manifestările psihopatologice acute și cele productive și pregătesc sau întrețin terenul terapiilor psihosociale.

Oferta psihofarmacologică în cazul tulburărilor de personalitate începe cu neurolepticele, preparatele psihotrope studiate și utilizate în mod extensiv. Dozele mici de neuroleptice s-au dovedit eficiente ca primă opțiune în tratarea fenomenelor productive psihotiforme, dar și a tulburărilor afective și a diverselor forme de impulsivitate.

Brinkley *et al.* (1979), respectiv Himnowitz *et al.* (1996) sunt primii care descriu utilitatea dozelor mici de haloperidol, perfenazină și thiotixen în tulburările cognitiv-afective la TP de tip borderline și TP schizotipală. Același tip de rezultate le comunică și Teicher *et al.* (1989) pentru doze medii de tioridazin (de 90 mg/zi), administrate pacienților afectați de TP de tip borderline, în raport cu efectul placebo. Golberg *et al.* (1986) dovedesc – tot comparativ cu efectul placebo – eficiența dozelor mici de thiotixen în manifestările psihotiforme și comportamentale ale pacienților cu TP de tip borderline și TP schizotipală din serviciile ambulatorii și semiambulatorii. Cowdry și Gardner (1988) comunică rezultatele unui studiu placebo controlat complex la pacienții cu personalitate de tip borderline, care a confirmat rolul unor doze mici (în medie 7-8 mg/zi) de trifluoperazină în controlul manifestărilor disforice, a interpretativității și comportamentului suicidar.

Soloff *et al.* (1986 ; 1989) confirmă utilitatea haloperidolului, în doze zilnice medii de 4,8 mg, în reacutizările manifestărilor de tip borderline și o eficacitate asemănătoare cu a amitriptilinei în controlul simptomelor depresive.

Trebuie subliniat faptul că nici unul dintre studiile menționate până acum nu a depășit – din motive legate de disfuncționalitatea relației terapeutice – intervalul cuprins între trei și șase săptămâni. Soloff *et al.* (1989) și Cornelius *et al.* (1993) remarcă, de altfel (într-un studiu eşalonat pe 22 de săptămâni), eficacitatea progresiv diminuată a haloperidolului asupra simptomelor de tip borderline, dar și agravarea manifestărilor depresive consecutivă akineziei. Montgomery *et al.* (1982) au descris, cu un deceniu înainte, și eficiența flupentixolului decanoat (20 mg/doză) în scăderea incidenței comportamentului suicidar la TP de tip borderline și TP histrionică.

Apariția celei de-a doua generații de neuroleptice a coincis cu tentativele de introducere a clozapinei – primul preparat sintetizat – în tratamentul tulburărilor de personalitate. Frankenburg și Zanarini (1998) descriu utilitatea neurolepticului (administrat în doză medie zilnică de 200 mg) în estomparea simptomelor pozitive, a celor negative și a funcționării sociale la pacienții cu TP de tip borderline care asociază tulburări nespecificate ale Axei I. Îmbunătățirea stării psihice a fost modestă și semnificativă statistic, nu și clinic. Benedetti *et al.* (1998) măresc acuratețea evaluărilor și abordează un lot de pacienți cu TP de tip borderline rezistenți la tratament și caracterizați clinic prin dominanța simptomelor *psychotic-like*: tendințe interpretative și idei de referință tranzitorii și induse de stres, iluzii vizuale, producții senzoriale hipnagogice și credințe bizare. Dozele mici de clozapină se dovedesc utile în privința manifestărilor patologice cognitive, afective și a impulsivității comportamentale.

Cea de-a doua generație de neuroleptice atipice a fost și ea antrenată în strategiile terapeutice ale tulburărilor de personalitate, preparatele nou introduse fiind, în mod evident, mai bine tolerate.

Koenigsberg *et al.* (2003) confirmă utilitatea unei doze zilnice de 2 mg de risperidonă în tratamentul manifestărilor psihotiforme ale TP schizotipale.

Schirtz *et al.* (1999), respectiv Zanarini și Frankenburg (2001) descriu utilitatea unor doze mici de olanzapină (5 mg/zi) în diminuarea manifestărilor psihotiforme ale TP de tip borderline asociate sau nu cu distimia.

Deși există suficiente argumente pentru rolul neurolepticelor atipice în abordarea polimorfismului sindromologic al tulburărilor de personalitate, se impun totuși studii elaborate referitoare la terapiile pe termen lung.

Preparatele antidepressive și-au găsit și ele locul în arsenalul terapeutic adresat tulburărilor de personalitate. În studiile lui Soloff (1986 ; 1989), amitriptilina este comparată cu haloperidolul și efectul placebo în tratamentul TP de tip borderline. Ea se dovedește utilă în diminuarea ideatei micromanice, a celei interpretative și a fenomenelor de depersonalizare. Amoxapina – un antidepressiv cu proprietăți neuroleptice – își confirmă, la rândul ei, eficiența asupra simptomelor de serie schizotipală asociate personalității de tip borderline (Jensen, 1989). Dintre antidepressivele tetraciclice, imipramina și desipramina, respectiv mianserina, nu au fost superioare preparatelor placebo în tratamentul simptomatologiei afective a pacienților de tip borderline, dar, în general, antidepressivele tri- și tetraciclice, prin efectele lor secundare și pericolul letal al supradozajului, se autoexclud actualmente din oferta terapeutică pentru tulburările de personalitate, marcată oricum de deficiențele relației terapeutice.

În schimb, inhibitorii monoaminooxidazei – fenelzina și tranilcipromina – s-au dovedit superiori în combaterea simptomelor depresive „atipice” ale pacienților cu TP de tip borderline (Liebowitz *et al.*, 1986 ; Soloff *et al.*, 1993). Cowdry și Gardner (1988), asociind rezultatele mai multor studii comparative între inhibitorii MAO, respectiv alte antidepressive, neuroleptice și timostabilizatoare, relevă

eficacitatea deosebită a primelor, cu precădere în simptomele afective comorbide tulburărilor de personalitate. Inhibitorii MAO își găsesc utilitatea și în tratamentul fobiilor sociale, și în cel al decompensărilor tulburărilor de personalitate de tip evitant. Administrarea lor ca tratament de primă alegere este însă limitată de interferențele medicamentoase, de restricțiile regimului alimentar și de riscul puseilor hipertensive (Liebowitz *et al.*, 1986; Deltito și Stam, 1989).

Tratamentul antidepressiv de primă linie adresat simptomelor depresive, perceptual-cognitive și impulsivității comportamentale se bazează pe inhibitorii recaptării serotoninei sau pe cei care au și o acțiune pronorepinefrinică. Astfel, Cornelius *et al.* (1990), Kavoussi *et al.* (1994), Markovitz și Wagner (1995) raportează eficiența fluoxetinei, sertralinei și venlafaxinei în tratamentul reacutizărilor TP de tip borderline. Este de remarcat acțiunea promptă, cu efect vizibil după 5-7 zile, asupra manifestărilor impulsive. S-a constatat, de asemenea, că lipsa de răspuns la un preparat SSRI nu presupune și ineficiența altor medicamente din aceeași categorie. În același cadru, trebuie remarcat și faptul că mărirea dozelor până la apariția tremorului și prelungirea administrării sertralinei până la 24 de săptămâni dublează numărul pacienților care răspund la tratament. Reist *et al.* (2003) descriu și eficiența citalopramului asupra impulsivității și agresivității pacienților cu tulburări de personalitate de cluster B fără condiții comorbide. Rinne *et al.* (2002) sugerează că acțiunea asupra impulsivității ar avea o specificitate în funcție de sex, fiind net superioară la pacienții de sex masculin.

Instabilitatea psihoafectivă și diversitatea manifestărilor impulsive au determinat efectuarea unor studii asupra eficacității medicației anticonvulsivante în cazul tulburărilor de personalitate, cu precădere la TP antisocială și TP de tip borderline. Mattes (1990) descrie, de altfel, utilitatea reală a carbamazepinei în controlul agresivității și a crizelor de furie, independent de prezența unei personalități patologice.

Un studiu efectuat de Barratt *et al.* (1997) pledează și pentru eficiența fenitoiniei (în doză de minimum 300 mg/zi) în diminuarea agresivității, dar fără confirmarea și a unui efect preventiv. Rifkin *et al.* (1972) descriu, la rândul lor, micșorarea amplitudinii oscilațiilor afective la două treimi din pacienții unui lot, diagnosticați cu tulburare afectivă bipolară de tip II, aflați sub tratament cu săruri de litiu timp de șase săptămâni. Același preparat și-a confirmat efectul antiagresiv la pacienții aflați în condiții privative de libertate (Sheard *et al.*, 1976).

Studiile lui Cowdry și Gardner (1988) și cel al lui De La Fuente și Cotstra (1994) confirmă, respectiv infirmă efectul de scădere a impulsivității și agresivității la pacienții cu TP de tip borderline, comparativ cu efectul placebo.

Divalproatul de sodiu și-a dovedit utilitatea în controlul agresivității pacienților cu TP de tip borderline și alte tulburări de personalitate de cluster B, în paralel cu efectul anxiolitic (Stein *et al.*, 1995; Wilcox, 1995; Kavoussi și Coccaro, 1994).

Frankenburg și Zanarini (2002) confirmă efectul „anti-”impulsiv al valproatului de sodiu, alături de cel anxiolitic și normotimizant propriu-zis.

Anxietatea-simptom și anxietatea atribut structural caracterizează majoritatea tulburărilor de personalitate. Ca urmare, strategiile terapeutice din ultimele două decenii au inclus și preparate anxiolitice benzodiazepinice. La pacienții cu TP de tip borderline, alprazolamul trebuie utilizat cu precauție deosebită – și doar în asociere cu anticonvulsivante sau SSRI –, din cauza efectelor dezinhibitorii comunicate de unii autori (Cowdry și Gardner, 1988). Mult mai util s-a dovedit clonazepamul – cu un timp de înjumătățire lung și cu proprietăți anticonvulsivante și serotoninergice asemănătoare carbamazepinei și carbonatului de litiu (Freinhar și Alvarez, 1985). Nu sunt cunoscute studii privind eficacitatea tranchilizantelor non-benzodiazepinice asupra manifestărilor psihocomportamentale ale tulburărilor de personalitate. Pornindu-se de la atributul de condiție agravantă al

tulburărilor de personalitate pentru bolile corespunzătoare Axei I (Black *et al.*, 1991), au fost și încercări de utilizare a tratamentului electroconvulsivant în asemenea situații.

Zimmerman *et al.* (1986), Casey și Butler (1995), Casey *et al.* (1996) nu găsesc diferențe semnificative între pacienții cu depresie majoră care asociază sau nu o tulburare de personalitate și au beneficiat de ECT. Un studiu recent al lui Feske *et al.* (2004) pledează pentru un răspuns mai slab la tratamentul ECT în cazul asocierii TP de tip borderline cu depresia majoră decât în cazul altor tulburări de personalitate. Obiectivitatea rezultatelor este însă în mod constant relativizată de dificultatea diferențierii dintre simptomele afective de Axă I și atributele afective ale tulburărilor de personalitate.

În ansamblu, terapiile psihofarmacologice și biologice active sunt relativ noi în cadrul arsenalului terapeutic al tulburărilor de personalitate și rămân tributare insuficienței lor în abordarea tulburărilor caracteriale și a reperelor relaționale.

12.4. Tipuri de strategii terapeutice

Orice încercare terapeutic-reabilitativă în cazul tulburărilor de personalitate trebuie să pornească de la premisa ratei ridicate de condiții comorbide. Astfel, abuzul de substanțe însoțește, în peste 50% din cazuri, tulburările de personalitate de cluster B. Oldham *et al.* (1995), Dick *et al.* (2001) descriu asocierea tulburărilor anxioase la peste 25% dintre tulburările de personalitate de cluster C, iar Dolan-Sewel *et al.* (2001) relevă prezența depresiilor la 50% dintre pacienții cu tulburări de personalitate de cluster B și C.

În cadrul strategiilor terapeutice adresate tulburărilor de personalitate, pot fi asociate mai multe tipuri de intervenții care vizează diversitatea reperelor personologice implicate și integrează atât mediul intraspitalicesc, cât și pe cel extraspitalicesc.

Se descriu patru niveluri terapeutice. Primul – adresat și intervențiilor în criză – este cel al asistenței intraspitalicești. Cel de-al doilea corespunde spitalizărilor parțiale dominate de întâlnirile grupurilor terapeutice, cu un program de două până la opt ore zilnice, pentru o perioadă cuprinsă între trei și cinci zile pe săptămână. Al treilea nivel este cel al intervențiilor intensive ambulatorii, care integrează tehnici variate într-un program de trei până la șase ore pe săptămână. Al patrulea nivel corespunde programelor ambulatorii propriu-zise, dominate de tehnicile de resocializare presupunând un program de una până la cinci ore pe săptămână.

Gunderson și Gabbard (1999), Gabbard *et al.* (2002) și Gunderson (2001) formulează următoarele scopuri majore ale strategiilor terapeutice în cazul tulburărilor de personalitate: distorsiunile subiective și asistența în criză, estomparea conduitelor maladaptative, reabilitarea relațională și socială și stimularea coeziunii și autenticității eului. Atingerea acestor scopuri antrenează componentele diferitelor niveluri expuse anterior. Astfel, intervențiile în criză sunt abordate cu precădere în condiții de spitalizare și presupun o accesibilitate facilă la medicația psihotropă, pe când reabilitarea relațională integrează cultivarea mecanismelor de coping și modele sociale corective, fiind apanajul programelor semiambulatorii și ambulatorii intensive.

Terapiile extraspitalicești au o durată cuprinsă, de obicei, între 7 și 14 zile, care însă, în mod individualizat, se poate prelungi până la două sau chiar trei luni. Deși ele pot accentua unele comportamente maladaptative, precum teatralismul sau atitudinile parasuicidare, se dovedesc, în ansamblu, mai utile decât cele aparținând nivelurilor I și II (Tyrer și Simmonds, 2003). Spitalizările par mai eficiente în cazul tulburărilor de personalitate de cluster B – în speță, TP de tip borderline, care constituie 15% dintre tulburările de personalitate internate (Widiger și Weissman, 1991). Se autoexclue, de obicei, TP antisocială, dar, deși TP anxios-evitantă și TP dependentă beneficiază de atmosfera intraspitalicească, ele rămân marcate de riscul decompensărilor după externare.

Pentru fiecare pacient internat, programul terapeutic trebuie să fie organizat și condus de *un manager al cazului*. Acesta poate avea sau nu o formație clinică psihiatrică, dar are rolul de a monitoriza examenul clinic și neurologic, raporturile dintre pacient și membrii rețelei de suport social, precum și oferta de îngrijiri extraspitalicești, dar și evoluția unor suferințe comorbide, cum sunt abuzul de substanțe sau depresiile (Kool *et al.*, 2003 ; Gunderson *et al.*, 2004). În cazul TP de tip borderline s-au dovedit utile și spitalizările prelungite cu o durată medie de șapte luni de zile.

Programele semiambulatorii includ și spitalizări de scurtă durată, cuprinsă între două și patru săptămâni. Ele s-au dovedit – ca și cele precedente – utile la pacienții cu TP de tip borderline, dar și cu TP antisocială și TP paranoică, atunci când au avut un caracter intensiv și o structură mixtă farmacologică și psihoterapeutică (Wilberg *et al.*, 1998). În ansamblu, ele vizează pacienții cu marcate dificultăți de inserție socială și cu un scor GAF sub 50 (Karterud *et al.*, 2003).

Structura acestor programe e subîmpărțită în stagii de 1-2 săptămâni, respectiv 2-8 săptămâni în ambulator. Managerul cazului trebuie să apeleze la informații clare, ordonate și să dirijeze întâlnirile grupurilor terapeutice care domină nivelul III terapeutic, alături de calitatea alianței terapeutice.

Programul ambulator intensiv coalescează mai multe tehnici psihoterapeutice și reabilitative aplicate timp de 3-10 ore pe săptămână. Ele fac tranziția spre programele ambulatorii și și-au confirmat eficiența la pacienții cu TP de tip borderline (Gunderson, 2001 ; Smith *et al.*, 2001). Structurarea programului include grupuri terapeutice care se întâlnesc zilnic sau de trei ori pe săptămână, dimineața sau după-amiaza târziu, pentru a nu interfera cu psihoterapiile individuale. Este de preferat o cât mai mare diversitate de grupuri, care să acopere complexitatea dificultăților adaptative ale perioadei care urmează externării din spitalul psihiatric. Întâlnirile zilnice asigură coeziune și continuitate în împlinirea principalelor scopuri

ale programului, și anume, controlul impulsurilor, reglarea emoțiilor, îmbunătățirea capacităților de control a stresului și a celor de a recultiva și întreține relații interpersonale. Ultimele vizează și membrii familiei. În cazul acestui de-al treilea nivel terapeutic-reabilitativ, există mereu posibilitatea ivirii unor situații conflictuale, ca expresie a oscilațiilor nevoii de dependență și a atitudinilor captative. O poziție particulară – de analizat prin prisma conceptului de *mentalizare*, introdus de Fonagy (1991) – o ocupă stimularea recunoașterii trăirilor afective personale și ale celor din jur și raportarea lor la comportamentul cotidian. Tehnica este importantă mai ales în abordarea TP dependente și TP de tip borderline.

În ansamblu, la programele nivelului II trebuie periodic evaluate și reintegrate – dacă este cazul – celelalte variante psihoterapeutice, fapt preconizat de Linehan *et al.* (1993), în cazul terapiilor dialectic-comportamentale.

Nivelul I al terapiilor ambulatorii propriu-zise nu are indicații și contraindicații bine definite, fiind larg accesibil celor care simt nevoia unui sprijin psiho-socio-terapeutic elaborat și care pot respecta orarul întâlnirilor. Programele acestui nivel exclud pacienții cu deficiențe comportamentale severe. După Winston *et al.* (1994) și Hoglend (1993), pacienții incluși nu trebuie să fi avut, în ultimele 12 luni, probleme legate de controlul impulsurilor, tentative autolitice, consum de medicamente psihotrope, respectiv să aibă cel puțin o relație interpersonală stabilă și un loc de muncă.

Dacă scopurile programului sunt aproape similare celor ale nivelului precedent, structura acestuia este dominată de psihoterapiile individuale (Gunderson, 2001). Lor li se pot asocia terapii de grup (Munroe-Blum și Marziali, 1995), grupuri de autoajutorare, precum Alcoolicii sau Narcomanii Anonimi, terapiile familiale sau medicația psihotropă, mai ales la TP schizotipală, TP de tip borderline și TP dependentă. Hoglend (1993) pledează pentru obligativitatea programelor terapeutic-reabilitative ambulatorii și confirmă utilitatea aplicării lor pe termen

lung la pacienții cu tulburări de personalitate – chiar pentru o perioadă cuprinsă între doi și patru ani de zile. TP narcisică, TP histrionică și TP obsesiv-compulsivă pot fi beneficiarele unui anume tip de asistență. Personalitățile psihopatice sunt cel mai dificil de abordat, la orice nivel.

Cele patru componente ale strategiilor terapeutice în cazul tulburărilor de personalitate descrise – începând de la cel intraspitalicesc – scad ca nivel de structurare și cresc în sens invers – ca durată –, pornind de la cel ambulator. Raporturile de tip „dependență terapeutică” afectează, în mod progresiv, calitatea intervențiilor, începând de la nivelul IV spre nivelul I. Astăzi, se acordă o atenție sporită raporturilor dintre suportul doctrinar al programelor și specificitatea efectelor acestora, precum și atributele alianței terapeutice care le mărește eficiența.

12.5. Conceptul de alianță terapeutică

Conceptul a fost dezvoltat de Horvath, Greenberg (1994) și Orlinsky *et al.* (1994). Este deosebit de important și adaptabil în cazul tulburărilor de personalitate, deși calitatea lui depinde de cea a relațiilor interpersonale ale fiecărui caz în parte (Hersong *et al.*, 2002; Gibbons *et al.*, 2003), iar pacienții cu TP narcisică, TP de tip borderline și TP paranoică dețin atributele perturbatorii majore.

Alianța terapeutică este, teoretic, fundamentată de limbajul psihanalitic, conform căruia o parte a eului rămâne accesibilă terapeutului, putând fi folosită împotriva celei deja modificate patologic (Guther și Havens, 1979). Extrapolând cele de mai sus la cazul tulburărilor de personalitate, se poate considera că unele dintre atributele adaptative restante ale acesteia pot fi mobilizate pentru depășirea situațiilor critice și pentru remanierea dimensională de ansamblu.

Pornind de la constatarea, făcută de Adler (1980), a apariției tardive a elementelor unei alianțe terapeutice în cazul TP de tip borderline, Gunderson (2000) sugerează următoarele stadii ale unui asemenea raport în terapiile pe termen lung. În prima fază – contractuală –, se stabilesc raporturile intervenției și modalitățile de atingere a lor. Faza a doua e dominată de promovarea de către terapeut a unui comportament empatic, plin de înțelegere și anticipator al expectațiilor pacientului. A treia fază corespunde desfășurării propriu-zise a întâlnirilor medic-pacient, în care cel de-al doilea trebuie să găsească în terapeut un partener de dialog care îl ajută să se cunoască și să se controleze. Principalele dificultăți ivite în calea împlinirii alianței terapeutice sunt lipsa de încredere a pacientului într-un sprijin din partea celor din jur și durata prelungită în timp a întregului proces (care poate dura ani de zile).

În cazul tulburărilor de personalitate aparținând fiecăruia dintre cele trei clustere, au fost făcute în ultimele două decenii diverse observații, corespunzătoare atitudinii față de terapeut (Bender *et al.*, 2003). Într-un mod greu de anticipat, pacienții schizotipali s-au dovedit cel mai intens preocupați de relațiile cu terapeutul – dar în afara întâlnirilor propriu-zise –, diversitatea atributelor cognitiv-imaginative reprezentând adesea o sursă de motivații pentru contactele interpersonale.

Detașarea schizoidului dezavantajează alianța terapeutică, la fel ca și nevoia permanentă de autoafirmare, chiar dacă bine disimulată, a personalităților paranoice.

Personalitățile de tip borderline și histrionic sunt mereu sensibile la dovezile de căldură și sprijin, fiind doritoare de relații cât mai stabile. Narcisicul, la rândul său, răspunde la mesajele empaticе care nu-i subminează permanentele strădăni de a se valoriza în fața celor din jur. Antisocialul – în pofida aparențelor – poate fi atras într-o alianță terapeutică atunci când condițiile comorbide corespunzătoare Axei I îl afectează într-o măsură semnificativă, sursă de

disconfort continuu. Personalitățile evitantă și dependentă au niveluri de sociabilitate relativ crescute, deși mascate de autostima scăzută, și pot întreține cu îndemânare o relație terapeutică. Rigoarea obsesiv-compulsivului, care devine hiperresponsabil în orice rol, îl determină să devină, la rândul său – în contextul dat –, un garantat partener de dialog.

Cea mai importantă calitate a unei alianțe terapeutice rămâne flexibilitatea ei. Din această perspectivă, Gabbard (2000) remarcă faptul că în psihoterapiile de sorginte psihanalitică devine necesară alternarea de către terapeut a tehnicilor introspective cu cele care stimulează mecanismele defensive și capacitățile de coping. În același sens, Tyrer și Davidson (2000) subliniază dificultățile apărute în utilizarea psihoterapiilor cognitive și comportamentale la pacienții cu tulburări de personalitate, în cazul cărora se impune o definire clară și precoce a particularităților alianței terapeutice, între care stabilitatea sau persistența în timp ocupă o poziție de prim ordin.

Alianța farmacoterapeutică – prin intermediul căreia strategiile terapeutice integrează psihoterapiile și medicația psihotropă – presupune colaborare activă și informată a pacientului cu terapeutul la structurarea variantelor posologice (Guther, 1982).

Integrarea personalităților patologice într-o alianță terapeutică rămâne, oricum, un demers dificil de realizat. Primul obstacol este constituit de absența dorinței sau nesemnificativa mobilizare într-o schimbare a pacienților. Acestui reper major i se asociază instabilitatea sau excesiva rigiditate sau chiar ostilitate atitudinală, nivelul constant de dependență, dar și de introversiune în raporturile cu cei din jur și, nu în ultima instanță, aderența deficitară la tradițiile normale și valorile comunitare. O alianță terapeutică eficientă poate fi, de asemenea, dezavantajată de dimensiunile sistemului terapeutic, care se extinde între unitățile spitalicești ce asigură intervenția în situațiile critice și grupuri sau asociații de tip comunitar, alcătuite din persoane care pot avea încă, la rândul lor, dificultăți în planul eficienței în rolurile vieții și a adaptabilității în raporturile sociale.

Pornind de la aceste considerente, structurarea alianței terapeutice trebuie să aibă toate atributele unui proces elaborat, care, inițial, are un caracter contractual. Acesta presupune stabilirea de comun acord a scopurilor terapeutice, selectarea nivelului cel mai potrivit și clasificarea expectațiilor pacienților. În paralel, este obligatorie și inițierea unei alianțe relaționale între pacient și terapeutul care trebuie să ofere sprijin și, simultan, să câștige și să cultive încrederea. Doar împlinirea acestor condiții poate asigura funcționarea unei alianțe active, la un nivel profesional care să permită redimensionarea aptitudinilor și calităților pacientului și cultivarea unor noi trăsături adaptative.

Revenind la subîmpărțirea în clustere a tulburărilor de personalitate, trebuie menționat faptul că cele aparținând clusterului A au fost cel mai puțin studiate din perspectiva terapeutic-reabilitativă. Puținele date cunoscute Maier (1999) arată utilitatea unor doze mici de neuroleptice în controlul ideilor de referință ale pacienților cu TP schizoidă și TP schizotipală. Nu există nici un studiu care să evalueze eficacitatea intervențiilor psihoterapeutice și socioterapeutice. Pe ansamblu, ele se consideră a fi puțin eficiente pe termen scurt și ineficiente pe termen lung, în cazul TP schizoide, TP schizotipale și TP paranoice.

În cazul TP antisociale, dificultatea realizării unei alianțe terapeutice este reală, dar mult argumentată de prejudecățile corpului medical psihiatric. Tehnicile psihoterapeutice pot fi utile în modelarea unor abilități relaționale și a lumii valorilor personale. În schimb, terapiile psihofarmacologice nu par să aibă efect decât asupra unor simptome-țintă, precum impulsivitatea (Cloninger, 2005). Și în cazul TP de tip borderline – mult mai larg studiată –, psihoterapiile aplicate în programe elaborate pentru mediul intra- și extraspitalicesc se dovedesc mai utile pe termen lung decât medicația normotimizantă sau neuroleptică în doze mici (Oldham *et al.*, 2001).

TP histrionică este abordabilă psihoterapeutic, dar, ca și TP de tip borderline, poate părăsi oricând relația terapeutică și poate fi dezavantajată de prezența asociată a unor alte trăsături de cluster B.

Personalitățile patologice de tip narcisic beneficiază, la rândul lor, de tehnici psihoterapeutice combinate – care le includ mereu pe cele psihodinamice –, atributele stilului narcisic favorizând însă o variabilă și nuanțată rezistență la tratament. Psihofarmacoterapiile sunt negativ percepute de narcisic, ca fiind dăunătoare vieții intelectuale și sexuale (Ronningstam, 1998).

Abordarea terapeutică a tulburărilor de personalitate de cluster B rămâne mereu dezavantajată de rata ridicată a comorbidității afective și a consumului abuziv de substanțe psihoactive.

Terapiile cognitive de scurtă durată (Evans *et al.*, 1999), alături de cele dialectic-comportamentale (Linehan *et al.*, 1991), s-au dovedit eficiente clinic, dar și statistic în asistarea pacienților cu TP de tip borderline și TP antisocială cu tentative recurente de autovătămare și suicidare. Ele au fost utile și în controlul stărilor depresive, al abilităților relaționale și al funcționării sociale a pacienților respectivi.

Tulburările de personalitate aparținând clusterului C invocă adeseori intervenția terapeutică și beneficiază atât de componenta ei psihofarmacologică, dar și de cea psihoterapeutică (Tyrer *et al.*, 2003).

Medicația antidepressivă, inhibitorii MAO și inhibitorii recăptării serotoninei – pe termen de doi ani de zile – par să influențeze pozitiv manifestările de serie dependentă și evitantă (Ekselius și von Knoring, 1999)

Terapiile cognitive și nidoterapiile care vizează refacerea suportului social primar s-au dovedit eficiente în reabilitarea pacienților cu tulburări de personalitate de cluster C (Tyrer, 2002).

Pe ansamblu, *tratamentul și reabilitarea pacienților cu tulburări de personalitate integrează o fază intraspitalicească*, cu o durată de până la șase luni de zile, și una *extraspitalicească*, dominată de terapiile de tip comunitar. Costurile terapiilor de grup din spitalele

psihiatrice le depășesc cu mult pe cele din centrele comunitare și, în plus, ridică probleme etice și dificultăți de evaluare obiectivă a rezultatelor (McPherson, 1994; Dolan *et al.*, 1996).

Factorii ce relativizează acuratețea diagnosticului – vârsta, diversitatea evenimentelor biografice, calitatea integrării în ciclurile vieții – sunt identici cu cei care – în orice demers terapeutic – interferează cu tentativele de evaluare clinică, psihometrică și socială a eficienței intervențiilor. Deoarece și tulburările de personalitate au același fundal numit durată, ca și personalitățile normale, rolul vârstei pacienților devine decisiv în formularea oricărei strategii terapeutice și în aprecierea nivelului ei de eficiență.

Trebuie subliniat faptul că abordarea terapeutică a manifestărilor psihocomportamentale ale personalităților patologice devine o condiție fundamentală a eficienței strategiilor terapeutice, adresate diversității episoadelor maladive și bolilor corespunzătoare Axei I. Aceasta pentru că dimensiunile temperamentale și caracteriale sunt reconfirmate mereu ca factori prognostici și reabilitativi de primă importanță în psihiatrie, dar și în medicina somatică.

Cunoașterea și înțelegerea dinamicii lor ne sprijină pe calea de aur a apropierei de profunzimea suferinței umane și, în sens antropologic larg, de asumarea responsabilă a rolului de vindecători ai acesteia.

PARTEA A III-A

REPERE DISSOCIALE ȘI MORALE ÎN PATOLOGIA PERSONALITĂȚII

Capitolul 13

Problema psihopatiei

13.1. Perspectiva istorică

Toate culturile au recunoscut și identificat anormalitatea unor oameni capabili de crime realizate cu sânge rece sau caracterizați de un comportament disocial malign persistent. Treptat, astfel de cazuri au devenit probleme judiciare ale detenției din secolul al XIX-lea și probleme ale psihatriei. Primele comentarii în domeniu au remarcat lipsa tulburărilor cognitive, ale „rațiunii”, care însoțesc unele comportamente aberante, de unde și expresia de *folie sans delire* a lui Pinel (delirul semnificând perturbările pe care, astăzi, le numim psihiatrice) sau cea de *moral insanity* a lui Pritchard (1835). În vremea lui Pritchard, s-a dezvoltat și o psihatrie morală, mai ales în Germania, prin contribuțiile lui Heinroth, care susținea principiul conform căruia cauza bolii psihice este păcatul, viciul, abuzul de alcool, sexualitatea, actele imorale (Alexander și Selesnik, 1972). Această doctrină a dus și la o teorie a degenerescenței, potrivit căreia cei ce păcătuiesc au urmași țarați fizic și moral care adâncesc, de-a lungul generațiilor, păcatul originar, ducând la demență și idiotie. În Franța, s-a ajuns să se vorbească despre „degenerați superiori”, conceptul fiind folosit până târziu în secolul XX, ca echivalent pentru tulburarea de personalitate. Au fost incluși în patologia degenerescenței obsesivii,

compulsivii, impulsivii, histrionicii. În Germania, Koch (1891) vorbea de „inferioritatea psihopatică” (*apud* Berrios, 1996). Adepții teoriei au studiat „stigmatele corporale” ale degenerescenței, care, la începutul secolului XX, erau descrise cu lux de amănunte în cazul isteriei.

În paradigma degenerescenței și în corelație cu tradițiile fiziognomiei apare, la sfârșitul secolului al XIX-lea, doctrina lui Lombroso cu privire la criminalul înăscut, care ar fi identificabil după forma trupului, a capului și, mai ales, a feței.

Tot la interferența cu psihiatria forensică se plasează preocuparea lui Krafft-Ebing (*apud* Millon *et al.*, 1998), privitoare la „psihopatia sexuală”, în cadrul căreia descrie sadismul, masochismul și alte perversiuni, toate regăsindu-se și în câmpul larg al conceptului actual de *psihopatie*, alături de criminalitate.

Sistemul psihiatric al lui Kraepelin (*apud* Millon *et al.*, 1998) preia această tradiție; în diverse ediții ale tratatului său de psihiatrie, sunt descrise stările și personalitățile psihopate ca expresie a degenerescenței și în corelație cu celelalte boli psihice. În 1899, stările psihopate sunt descrise ca forme de degenerare împreună cu obsesiile, impulsurile patologice și perversiunile sexuale. În ediția din 1904, sunt identificate patru tipuri de persoane ce se corelează cu actualul concept de *psihopatie*: mincinosul patologic și escroc, criminalul impulsiv, criminalul profesional și vagabondul morbid. Ediția din 1915 împarte psihopatia în două clase. Prima e cea a ciudățeniilor personalității – cu dispoziție morbidă, impulsuri, obsesii și devianță sexuală. Celălalt grup se caracterizează prin tulburări comportamentale, incluzând: excitabilul, instabilul, impulsivul, excentricul, mincinosul și escrocul, antisocialul și certărețul.

Punctul de vedere opus e cel al lui Schneider (*apud* Millon *et al.*, 1998) care consideră personalitatea psihopată ca variantă extremă a anormalității persoanei, care, din această cauză, suferă și îi face și pe alții să suferă. Deși comportamentul delictual și criminal e frecvent în multe cazuri, el nu reprezintă o regulă. Prin ele însele, personalitățile

psihopate nu ar fi boli psihice, dar sunt răspândite în populația generală, unde pot ocupa poziții sociale importante, putând fi și creative. În fața legii, răspund de faptele lor. Dintre cele 10 tipuri descrise, nici unul nu e centrat doar pe comportamentul antisocial, violent, criminal.

În prima jumătate a secolului XX s-a extins preocuparea față de persoanele psihopate sau grav anormale, cu serioase probleme de comportament social, care perturbă viața socială (Millon *et al.*, 1998). A apărut chiar termenul de *sociopatie*. În istoria problemei sunt incluși – citați de aceiași autori – Birnbaum, Partridge, Henderson, totul culminând cu lucrarea lui Cleckley, *The mask of insanity* (1941). Tot în afara sistemului azilar s-a dezvoltat și psihanaliza, care, treptat, a ajuns să se preocupe de tulburările caracteriale prin Abraham, Reich, Alexander (*The Roots of Crime*, 1930) și Fenichel.

După al doilea război mondial, în SUA s-a organizat standardizarea diagnosticului psihiatric, iar în prima versiune a DSM (1950) apare, în cadrul tulburărilor de personalitate, și varianta antisocială. Ulterior, s-a impus tendința de medicalizare a conceptului de *tulburare de personalitate* și revenirea la viziunea lui Kraepelin, în sensul că tulburările de personalitate fac parte din bolile psihice. Tipologia lui Schneider a fost acceptată în clasificarea OMS și în cea americană, tipurile primind treptat denumiri apropiate de patologia psihică. În această perspectivă, tulburările de personalitate centrate pe turbulență socială, infracțiuni, violență, criminalitate, fiind mai puțin corelate cu o boală mintală clar definită, au fost grupate sub denumirea de *TP antisocială*, respectiv *TP dissocială* în ICD-10. Conceptul de *TP antisocială* din DSM-III și DSM-IV a fost elaborat din perspectiva constatării unui comportament ce se însoțește de încălcarea normelor sociale, a legilor, a drepturilor firești ale celorlalți, a modurilor de raportare interpersonală și a faptului că tulburarea apare din copilărie. Se reactivează astfel ideea transmiterii genetice a psihopatiei, lansată în secolul al XIX-lea.

TP antisocială, din DSM-IV, și cea disocială, din ICD-10, nu se suprapun însă integral în cazul psihopatului lui Cleckley. În plus, manifestările antisociale, violente și criminale, sunt prezente la majoritatea tipurilor de tulburări de personalitate descrise în sistemele internaționale. De aceea, în ultimii ani a reapărut interesul pentru această cazuistică, etichetată în general ca *psihopatie*. Psihopatia ar fi o clasă supraordonată și un cluster special în raport cu toate categoriile de tulburări de personalitate.

Conceptul actual de *psihopatie* este orientat, în linii mari, de subpopulația infracțională, penitenciară, care încalcă regulile sociale și morale, având, de-a lungul vieții, anumite trăsături de personalitate deviante și un anumit model de manifestare longitudinal. Grupul nu e unitar, dar agregă anumite tipuri de tulburări de personalitate și de comportamente. Circumscrierea sa e importantă pentru cercetare și evaluarea prognosticului și terapiei. Domeniul e în dezvoltare și, în ultimele decenii, s-au cumulat deja o serie de doctrine, interpretări, mai ales de psihopatologie developmentală, din aria psihanalizei și cogniției sociale și, de asemenea, o serie de date observaționale, studii genetice, de cercetări temperamentale și neurofiziologice.

Conceptual actual de *psihopatie* este abordat în egală măsură din perspectiva unui tip ideal, a unui prototip, a unui cluster, a reuniunii mai multor subtipuri și din perspectivă dimensională. Punctul de plecare pentru circumscriere sunt TP antisocială, respectiv TP disocială, așa cum sunt descrise în DSM-IV-TR și ICD-10, precum și psihopatia lui Cleckley.

13.2. Tulburarea de personalitate antisocială și psihopatia în viziunea lui Cleckley

Tulburarea de personalitate antisocială din DSM-IV-TR (1994) continuă tradiția americană a tulburărilor de personalitate sociopate. În ICD-10 (1992), tulburarea echivalentă e denumită *TP disocială* și e foarte asemănătoare. Caracteristicile TP antisociale sunt considerate a fi agresivitatea, desconsiderarea și violarea drepturilor fundamentale ale altor persoane, ale normelor și regulilor sociale și debutul în adolescență, chiar mai devreme.

Circumscrierea TP antisociale e făcută predominant din perspectiva comportamentală a unor manifestări evidențiabile, fapt ce face ca identificarea să fie ușor de făcut pe baza criteriilor enunțate, existând și o mare concordanță între evaluatori. Acest fapt a făcut ca ea să fie singura tulburare de personalitate inclusă în criteriile de diagnostic operațional enunțate de Feighner (1972) și în cele două mari studii epidemiologice populaționale din SUA: Epidemiologic Catchment Area (ECA) și The National Comorbidity Survey (NCS).

Accentul pus pe comportamentul infracțional ghidat de normele de conviețuire din țările euro-atlantice face dificilă identificarea acestei tulburări în alte țări decât cele din zona Americii și Europei, fapt ce reprezintă, desigur, o limitare.

La baza descrierii TP antisociale din DSM-III, când s-au despărțit cele două axe, a stat studiul lui Robins (1966), care a urmărit evoluția în timp a copiilor cu tulburări de conduită. Deși, în perspectivă prospectivă, nu toate acestea conduc la TP antisocială, se consideră că dezvoltarea tulburării din copilărie ar fi regula și e presupusă în diagnostic.

Tulburările de conduită ale copilului și adolescentului sunt descrise ca manifestându-se în patru arii:

- agresiune față de oameni și animale;

- distrugerea proprietății ;
- fraudă sau furt ;
- violări serioase ale regulilor.

Primele două domenii indică clar manifestarea violenței, pentru diagnostic fiind menționate următoarele : 1. situații de suferință și tiranizare, amenințare sau intimidare a altor persoane, comportament insolent ; 2. inițiază adesea bătăi ; 3. face uz de arme ce pot cauza o serioasă vătămare corporală a altora (cuțit, armă de foc, cărămidă, băț) ; 4. este crud cu oamenii și/sau cu animalele, făcându-i plăcere să le chinuie ; 5. fură confruntându-se cu victima (banditism, atac cu mână armată) ; 6. forțează pe altul la acțiuni sexuale (inclusiv viol). Agresivitatea față de semenii poate merge până la plăcerea sadică de a-i vedea suferind sau chiar până la crimă. Agresivitatea față de proprietate se poate manifesta prin distrugeri (de exemplu, incendiere), cu intenția de a crea un prejudiciu serios, sau prin distrugerea deliberată a unor părți ale proprietății altora (spargerea ferestrelor, vandalism).

Alte șase criterii descriu încălcarea regulilor ce se pot manifesta prin fraudă și furt : 1. a intra prin efracție în casă sau pe proprietatea altcuiva ; 2. faptul de a minți pentru a obține bunuri, favoruri, pentru a escroca pe alții sau a evita anumite obligații ; 3. furtul unor lucruri de valoare fără confruntarea cu victima. Se poate constata că o parte dintre aceste criterii presupun, într-un fel sau altul, agresivitatea. Urmează capitolul „violarea serioasă a regulilor”, în care, pentru această vârstă infantilo-juvenilă, se menționează : 4. lipsește de acasă noaptea ; 5. fuge de acasă ; 6. chiulește de la școală. Evident că aceste comportamente sunt specifice vârstei.

Debutul poate fi constant înainte sau după vârsta de 10 ani, iar tulburarea interferează negativ cu integrarea și performanțele sociale. Se consideră că ea poate fi ușoară, moderată sau severă. Tulburarea de conduită este mai complexă decât opoziționismul provocator și

decât sindromul hipercinetic, aceste diagnostice putând fi incluse. Ea este altceva decât retardarea mintală, deși IQ-ul poate fi puțin mai redus. Se exclude și tulburarea psihotică. Criteriile de diagnostic cer ca cel puțin trei dintre cele 15 criterii să fie prezente în ultimele 12 luni, iar cel puțin un criteriu, prezent în ultimele șase luni. Durata ar putea fi un element de diferențiere – alături de altele – a episoadelor afective, mai ales hipomaniacale.

Se menționează prezența frecventă a lipsei empatiei, a preocupării pentru sentimentele, dorințele și bunăstarea altora, lipsa de trăire a culpei, a remușcării. Uneori, subiectul afirmă vinovăția pentru a reduce din pedeapsă, dar, de obicei, aruncă vina pe alții și își denunță tovarășii. Stima de sine este, de regulă, scăzută deși afișează o imagine de „demnitate”. Există o toleranță redusă la frustrare. Tinerii cu tulburări de conduită sunt instabili, cu frecvente acuze de furie. Uneori percep eronat intențiile altora ca fiind ostile și mai amenințătoare decât în realitate.

Aspectele psihologice menționate mai sus, alături de potențialul agresiv major, fac astfel încât – dacă trăsăturile respective se prelungesc și la vârsta adultă – persoana să fie mai puțin egosintonă, sigură de sine și fermecătoare social decât psihopatul descris de Cleckley.

În perspectivă dezvoltamentală, cei cu tulburări de conduită au deseori un debut precoce al comportamentului sexual, al consumului de alcool, fumatului, uzului de substanțe ilicite și al actelor imprudente și riscante. Ca o consecință, pot rezulta traumatisme, infecții etc. Conduitele suicidare sunt mai frecvente. Procesul educațional se realizează dificil sau distorsionat. Comportamentul delictual se poate amplifica progresiv.

Constructul DSM-IV al TP antisociale a adultului este unul destul de compozit. El se centrează pe agresivitate, impulsivitate, delictualitate, iresponsabilitate. Există și aspecte polare și, aparent, contradictorii. Pe de o parte, e evidentă o variantă egosintonă cu buna sociabilitate, pe de altă parte, trăiri disforice, de tip egodiston. Primul aspect și,

în general, încadrarea în clusterul B – extrovertit, flamboiant – sugerează apropiere față de TP de tip borderline și TP narcisică. Varianta morocănoasă, disforică înclină spre depresivul iritabil, impulsiv și suspicios. Grandiozitatea ar putea fi o trăsătură de tip narcisic. Suspiciunea sugerează interferențe cu paranoidul, iar anafectivitatea îl apropie de schizoid. Ambiguitatea categoriilor e, de altfel, o caracteristică pentru întreg sistemul categorial pluritetic al DSM-IV, construit prin votul unei echipe de experți care încearcă să împace mai multe orientări.

Psihopatia în viziunea lui Cleckley

În 1941 a apărut cartea lui H. Cleckley, *The mask of sanity*. În ea este descris și discutat un anumit tip de persoană anormală, din seria etichetată ulterior ca *personalitate antisocial-sociopată*. Decupajul tipologic făcut de Cleckley este unul particular și nu acoperă decât o parte din ceea ce s-a considerat până atunci (și se va considera ulterior) ca persoană psihopată. Profilul simptomatologic este descris pregnant, utilizându-se prezentări de cazuri convingătoare. E prezentat un tip de om activ și deseori performant în societate, dar care are importante deficiențe în relațiile interpersonale și în respectarea normelor sociale și morale, un om ce nu-și creează un drum ordonat și statornic în viață, deși poate fi acceptat și apreciat social în multe medii. Aspectul esențial este sociabilitatea cuceritoare care creează o mască de om normal, sănătos, în spatele căreia sunt prezente multiple deficiențe, în primul rând semantice, de înțelegere a unor noțiuni ca responsabilitatea, generozitatea. Psihopatul lui Cleckley nu are trăsăturile și caracteristicile tipurilor lui Kraepelin (excitabil, instabil, impulsiv, excentric, cverulent) și nici chiar ale celui antisocial (inamic al societății, distructiv, amenințator, turbulent, criminal). De asemenea, nu are nici caracteristicile unor tipuri descrise de Schneider : astenicul, depresivul, nesigurul de sine, apaticul sau fanaticul. Chiar în raport cu ceea ce s-a conturat ca personalitate antisocială, respectiv dissocială –

așa cum sunt acestea descrise în DSM-IV și ICD-10 –, există diferențe, lipsind caracteristicile explicite de agresivitate majoră și continuă, de ignorare gravă și sistematică a normelor de conviețuire și legale.

Psihopatul lui Cleckley este caracterizat de autor ca fiind activ, independent, sociabil, plăcut și convingător în relația cu alții, având un farmec superficial și o bună inteligență ; este stăpân pe sine, sigur, fără nervozitate sau simptome de serie nevrotică. Lipsesc, de asemenea, delirul și semnele de gândire irațională. Are o bună inteligență socială și este abil în a rezolva probleme interpersonale în folosul său. Față de aceste caracteristici ce-i asigură un succes social – cel puțin limitat –, el este, pe de altă parte, un om complet lipsit de sinceritate, în care nu te poți încrede, un om fără sentimentul rușinii și al remușcărilor, care are un comportament antisocial inadecvat și care nu învață din experiență. Relațiile sale interpersonale sunt deficiente în sensul egocentricității și a incapacității de a iubi, având o sărăcie accentuată în relațiile afective. Nu-și dă seama și nu înțelege faptul că manifestările sale sunt neadecvate. La acestea se adaugă consumul necontrolat de alcool și droguri, comportamentele parasuicidare, o viață sexuală impersonală, trivială și puțin integrată, precum și incapacitatea de a urmări un plan general de viață.

Psihopatul, așa cum e descris mai sus, poate avea succese în diferite domenii sociale. Sunt expuse exemple de medici, psihiatri, avocați, oameni de știință și de afaceri, „oameni de lume”, situații în care psihopatia e deghizată, făcând destule victime. Autorul consideră că există patologie la acest nivel, că psihopatia integrată social și cea din domeniul juridic au la bază deficiențe mascate. Căci – susține autorul – sănătatea, incluzând-o pe cea mintală, este un concept proteiform larg. Există o mască a sănătății (acesta este și titlul cărții : *The mask of sanity*) care nu trebuie să demobilizeze psihiatrii.

Cleckley consideră că la mijloc e o patologie, pe care încearcă să o circumscrie prin comparație cu tulburările pronunției și înțelegerii

limbajului, cu afazia. Trimiterile sale sunt la opera lui Head, la o formă superioară de afazie, cea semantică. Ar fi vorba de o incapacitate constituțională, structurală, bazată organic-cerebral, de a înțelege unele semnificații, cum ar fi cele de responsabilitate, vinovăție, rușine, alături de semnificația prieteniei, dragostei, grijii față de semenii.

Psihopatul circumscris de Cleckley a rămas un tip de referință. El este construit în mare măsură categorial, prototipic, nu dimensional. Mai mult, stilul de abordare și circumscriere pleacă de la cazuistică și se întoarce la ea, surprinzând ceva esențial pentru o categorie – în sensul în care în fenomenologie se vorbește de intuirea esenței și de „tipul ideal”. Este vorba de decuparea și cercetarea unui tip pregnant relativ ușor de identificat, dar mai mult în manieră intuitivă, cu minime criterii operaționale. De asemenea, pentru a se evidenția trăsăturile comune și diferențele față de alte tipuri, lipsește plasarea sa într-un context, într-un cadru mai general al tulburărilor de personalitate, al tradiționalelor personalități psihopate.

Importanța istorică a demersului lui Cleckley constă în faptul că a atras atenția asupra psihopatului ca persoană, care este, în același timp, delictuală (o problemă juridico-psihiatrică), deficientă psihologic în anumite arii (deci o problemă psihiatrică) și inserată destul de bine social (problema „mascării” sociologice a psihopatului).

Ulterior, Hare (1986) a operaționalizat itemii de caracterizare a psihopatiei lui Cleckley. La origini, acesta identificase 16 caracteristici de bază. Hare a construit o listă – *checklist* – cu 22 de itemi, reduși ulterior la 20, care să identifice „psihopatia” ca prezență și intensitate (Psychopathic Checklist Revised – PCL-R; Hare, 1992; 1996).

Itemii cuprinși în PCL-R sunt: 1. farmec, șarm superficial; 2. grandiozitate (sentimentul de capacități sporite, supraevaluate, aroganță); 3. nevoia de stimulare continuă; 4. minciuna patologică; 5. manipularea semenilor; 6. lipsa remușcărilor sau a vinovăției; 7. afect superficial; 8. răceală interpersonală și lipsa empatiei;

9. stil de viață parazită; 10. slab autocontrol comportamental; 11. comportament sexual promiscuu; 12. probleme comportamentale timpurii (de la vârste fargede); 13. lipsa unor scopuri relevante pe termen lung; 14. impulsivitate; 15. iresponsabilitate; 16. refuzul de a accepta responsabilitatea pentru propriile acțiuni; 17. relații maritale scurte, repetate; 18. delincvență juvenilă; 19. recidivism infracțional; 20. versatilitate criminală.

Harpur și Hakstian (*apud Hare et al.*, 1990) au condus o analiză factorială detaliată a itemilor din PCL, care au converș spre identificarea a doi factori majori. Factorul 1 se referă mai ales la trăsăturile de personalitate pe care subiectul le afirmă în timpul interviului, evidențiind o persoană încrezătoare în sine, rece sub aspect afectiv și care se folosește de semenii fără remușcări. Factorul 2 s-ar referi mai ales la comportament, bazându-se predominant pe informații din dosarul individului, evidențiind un stil de viață în mod cronic instabil și antisocial.

Tabelul 13.1. Analiza factorială a itemilor din PCL (Hare, 1990)

Factorul 1		Factorul 2	
2	Sens grandios al sinelui	15	Iresponsabilitate
4	Minciună patologică	13	Lipsa unor scopuri realiste pe termen lung
5	Manipularea altora	9	Stil de viață parazită
6	Lipsa remușcărilor și vinovăției	12	Probleme comportamentale timpurii
8	Lipsa empatiei	18	Delincvență juvenilă
16	Neacceptarea responsabilității pentru propriile acțiuni	19	Recidivism
1	Farmec, șarm superficial	14	Impulsivitate
7	Afect superficial	3	Nevoie de stimulare
		10	Slab control comportamental

Psihopatia, așa cum poate fi ea circumscrisă prin PCL-R, poate fi relativ ușor de identificat, cu o bună concordanță între diagnosticieni. Ea este însă un construct ce rezultă parțial din instrument. În raport cu tipurile de tulburări de personalitate descrise categorial în DSM-IV, această „psihopatie” este o dimensiune de personalitate supraordonată, un „cluster” care cuprinde trăsături ce se regăsesc la mai multe tipuri. În afară de personalitatea antisocială, trăsăturile descrise se mai găsesc și la histrionic – șarm superficial, nesinceritate, egocentrism, manipulare –, la narcisic – grandiozitate, lipsa empatiei, exploatarea altora – la personalitatea de tip borderline – impulsivitate, gesturi suicidare – și la paranoid – neîncredere.

S-ar mai putea discuta despre interferența psihopatului cu o tulburare de personalitate „hipomaniacală”, multe dintre manifestări fiind congruente cu un tip ce ar avea astfel de trăsături. Din păcate, în prezent, foarte puțini specialiști acceptă tipul maniacal de tulburare de personalitate, care, totuși, a fost discutat în psihiatria germană clasică, mai întâi de Schneider, sub forma psihopatului hipertim, apoi de către von Zerssen, în tradiția cazurilor de „manie cronică” și prin opoziție cu *tipus melancholicus* a lui Tellembach. E posibil ca particularitățile socioculturale ale lumii actuale care promovează sociabilitatea, inițiativa continuă, acțiunea, afirmarea, proiectele îndrăznețe, manifestarea, decizia rapidă, performanța etc. să mascheze existența acestui tip, în măsura în care el nu ajunge la agresivitate și infrațiuni. Oricum, faptul că psihopatul descris de Cleckley acoperă trăsături prezente la mai multe categorii de tulburări de personalitate pledează pentru o abordare mai mult dimensională decât categorială a acestuia, deși, inițial, el a fost descris în stil categorial.

13.3. Domeniul general de caracterizare a persoanei psihopate și subtipurii de psihopatie

Dincolo de unele tipuri ce beneficiază de descrieri prototipice politetice, precum TP antisocială sau psihopatul descris de Cleckley, există un consens de circumscriere a unui domeniu de manifestare aberantă a unor personalități anormale, cu important impact negativ în relațiile interpersonal-sociale și cu manifestări delictuale și criminale. Această zonă a „psihopatiei” este variat descrisă și caracterizată, dar ansamblul termenilor utilizați se agregă într-o anumită zonă, astfel încâ se poate vorbi de un „aer de familie”.

Persoanele din „zona psihopatiei” sunt descrise, de obicei, ca dominante și manipulative, sigure de sine și egosintone, cu o bună părere despre sine, cu un potențial agresiv ridicat, impulsiv-explozive și lipsite de frică. Manifestarea față de alții e deseori agresivă, violentă în diverse modalități, uneori cu tendința de a batjocori și umili. Psihopații manifestă deseori ură, ostilitate, sunt suspicioși, dar și lipsiți de afectivitate și empatie. Se mai notează lipsa remușcării și responsabilității. Această descriere, precum și utilizarea unor epitete asemănătoare, acoperă domenii precum: atitudinea față de sine și de alții, afectivitatea relațională, acțiunea negativă asupra altora în sens de agresivitate, manipulare, chinuire, lipsa dimensiunii morale. În jurul acestor caracteristici se poartă o serie de discuții și se fac comentarii. Se poate trasa chiar și o schemă.

Tabelul 13.2. *Tablou schematic standard al caracteristicilor psihopatului*

Dispoziția afectivă	Atitudinea față de sine	Atitudinea față de alții	Comportamentul față de alții	Caracteristici morale
Euforică	Egosintonie Egocentrism Grandiozitate Siguranță de sine	Dominare Manipulare Exploatare	Decizie rapidă Impulsivitate Explozivitate Violență Lezare, vătămare	Lipsa de : Generozitate Milă Rușine Culpă Remușcare
	<i>Agresivitate</i>			
Instabilă	Anafectivitate Lipsa empatiei Lipsa emoționalității și a fricii	Desconsiderare Dispreț Ură Suspiciune Opoziție Raportare față de ceilalți	Intimidare Chinuire Brutalizare Umilire	
Morocănoasă				
Depresivă	Trăsături psihologice constante			
Anxioasă	<i>Deficiențe în identificare</i>			
	Atașament, introjecție, reprezentarea altora în sine, relații obiectuale		Încălcarea normelor	Deficit în înțelegerea semantică a valorilor
	Deficiențe de planificare a vieții ; nu învață din experiență și pedepse ; intelect în limitele normale			

Un tablou ca cel de mai sus nu e nici complet, nici într-un totuș coerenț. El ne plasează totuși într-un univers antropologic anume, într-o familie lingvistic-conceptuală care indică o zonă de realitate umană.

„Psihopatia” este un construct teoretic, psihopatologic, cu referință la problematica tulburărilor de personalitate. Din acest punct de vedere, el este similar cu întreaga nosologie psihiatrică, cu circum-

scrierea generală a tulburărilor de personalitate și cu cea a diverselor tipuri de tulburări de personalitate, care, toate, sunt constructe teoretice ce se referă, desigur, la o realitate dată sau eventuală. În raport cu descrierile prototipice categoriale ale tulburărilor de personalitate, constructul psihopatiei este însă cel mai larg și mai vag, asemănându-se cu clusterelor din DSM-IV.

13.3.1. *Subtipuri de psihopatie*

În măsura în care se acceptă un domeniu de agregare – sau un cluster – al persoanei psihopate – distinctă de TP antisocială (dissocială) sau de alte tipuri categoriale –, apar în discuție și variante sau subtipuri ale acesteia. Ele au fost abordate mai ales din perspectiva populației penitenciare, a celor ce au comis infracțiuni grave, care au ajuns în locuri de detenție de maximă siguranță, dar și din perspectiva unor psihopatologi interesați de infracționalitate, în general, sau orientați spre antropologie, preocupați de varietatea umană din societatea modernă.

Subtipurile lui Lykken și Blackburn

Lykken (*apud Millon et al., 1998*) distinge *psihopatul primar* – pe care îl consideră condiționat în mare măsură genetic – de *psihopatul secundar* sau „sociopat”, în structura căruia influențele familiale și, în general, cele psihosociale joacă un rol major. Psihopatul primar ar avea disfuncții ale lobului frontal și, în mare măsură, i se transmite genetic un temperament aparte, lipsit de reacții de frică și puțin influențabil prin educație, detenție și psihoterapie. El nu ar avea un echipament neurofiziologic destul de dezvoltat pentru a prelua cogniția socială bună, parentală și educațională, dar preia cu ușurință modele impulsive sau de indiferență afectivă. Sociopatul e un caz mult mai frecvent. La acest nivel, intervine responsabilitatea educativă a

părinților, pentru a evita transmiterea transgenerațională a comportamentelor disociale.

Blackburn studiază populația din penitenciarele de maximă siguranță, selectându-i pe cei care au comis acte antisociale grave și care prezintă tulburări de personalitate. El dezvoltă un instrument de studiu special (Special Hospitals Assessment of Personality and Socialisation – SHAPS) și diferențiază patru subtipuri ale psihopatului 1. *psihopatul primar* (P – impulsiv, agresiv, ostil, extrovertit, încrezător în sine, cu nivel scăzut de anxietate); 2. *psihopatul secundar* (S – ostil, impulsiv, agresiv, anxios social, retras, cu scăzută stimă de sine); 3. *psihopatul controlat* (C – defensiv, controlat, sociabil, lipsit de anxietate); 4. *psihopatul inhibat* (I – retras, controlat, rușinos, moderat anxios, cu stimă de sine scăzută) (Blackburn, 1975; 1987). Aceste grupe de indivizi cu tulburare de personalitate, care au comis grave și, uneori, repetate acte antisociale cuprind diverse tipuri categoriale de tulburări de personalitate. În grupul P predomină cei narcisici, histrionici și antisociale; în grupul S, antisocialii, pasiv-agresivii, evitanții, schizotipalii. În acest sens, psihopatia e circumscrisă mai mult din perspectiva disocială a comportamentului agresiv și criminal, ca un superfactor. Autorul optează pentru o înțelegere dimensională a tulburărilor de personalitate, mai ales în perspectiva circumplexului interpersonal. De fapt, în criminologie este afirmat insistent faptul că actele violente și crima țin, în bună măsură, de împrejurări și de dinamica relațiilor interpersonale dintre agresor și victimă, și nu doar de personalitatea agresorului. Această problemă e studiată de victimologie (Pyrozynski, 1989).

Psihopatul sadic și criminalul monstruos

Existența unor cazuri de crime sadice și de criminali în serie care își mutilază victimele a surprins constant societatea și pe criminologi. Aceasta cu atât mai mult cu cât mulți dintre aceștia nu prezentau o boală psihică definită și nici tulburări de personalitate încadrabile în

categoriile clasice, nici măcar în cea antisocială. De la descrierile lui Kraft Ebing, din secolul al XIX-lea, și până către sfârșitul secolului XX, psihiatria legală a studiat aceste cazuri fără a clarifica prea mult problema. A fost utilizată noțiunea de *psihopat* (TP) *sadic*, care a fost prezentă în DSM până la ediția a III-a. Există proiectul ca această categorie să fie reintrodusă în DSM-V, dar ea lipsește din DSM-IV. Psihopatul sadic s-ar caracteriza prin dominarea și manipularea altora, plăcerea de a-i face să sufere, intimidare, chinuire, agresare, violență (Stone, 2005). Un aspect aparte e sadismul sexual, în care plăcerea e obținută prin chinuirea partenerului. Conform comentariilor clasice, acesta ar face cuplu cu parteneri masochiști, care obțin satisfacție sexuală atunci când sunt chinuiți. Cuplul sado-masochist se poate constitui însă și fără conotații sexuale directe. Există descărcări agresiv-impulsive, dar și o deosebită elaborare în comportament pentru a pregăti actele, a selecta victimele și a acoperi manifestările criminale. Criminalii și violatorii în serie, chiar dacă nu își chinuie victimele, s-ar asimila acestei categorii. Agresivitatea și inafectivitatea lor îi apropie de schizoizi, dar nu sunt izolați social și apragmatici ca aceștia. Cazuistica, deși nu foarte frecventă, e surprinzătoare, deoarece modelul comportamental nu se regăsește în biologie. Pe de altă parte, manifestările par a fi mai mult condiționate genetic decât învățate. Această cazuistică reactualizează problematica discutată de Lombroso, desigur fără tema stigmatelor corporale. Din perspectiva comportamentului sadic și al criminalității în serie – problemă ce se corelează, evident, cu tulburările de personalitate și cu psihopatia, dar ca o categorie aparte –, Stone a întocmit, în 1993, o listă de gradare a actelor criminale, de la cele reactive până la cele evidente sadice, în care criminalul își torturează victimele (Stone, 1989). Autorul consideră, în consens cu toți specialiștii, că psihopatul sadic nu poate avea, din motivul unui eventual diagnostic psihiatric, circumstanțe atenuante. În continuare, sunt prezentate câteva aspecte ale listei lui Stone.

Tabelul 13.3. *Scala prescurtată a actelor și persoanelor criminale (după Stone)*

1. Persoane care au ucis, dar care nu sunt criminali : cei care au ucis pentru a se apăra și care nu prezintă psihopatie.
2. Ucigașii din gelozie, ne-psihopați, care au comis „crime pasionale”.
3. Companioni (complici) de bunăvoie cu criminalul, persoane impulsive, cu unele trăsături antisociale.
4. Persoane traumatizate (abuzate), careucid rudele abuzatoare sau alte persoane (de exemplu, cei careucid pentru a face rost de droguri) și care manifestă remușcări.
5. Criminali impulsivi, care nu prezintă psihopatie.
6. Ucigașii cu trăsături psihopate clare, care îiucid „pe cei ce le stau în cale”.
7. Psihopații avizi de putere, careucid când sunt „încolțiți”.
8. Psihopații care își planifică acțiunile, nemiloși și egocentrici.
9. Ucigașii psihopați ce comit crime multiple cu sânge rece.
10. Criminalii psihopați ce își torturează victimele, tortura fiind mobilul principal.
11. Psihopații criminali și torționari, la care tortura este principalul mobil (majoritatea, dar nu toți, sunt criminali în serie).

Subtipuri ale psihopatiei în opinia lui Millon

Conform concepției sale asupra tulburărilor de personalitate, Millon (1998) descrie, 10 subtipuri ale psihopatului, cu precizarea că observațiile vin din practică, iar numărul de 10 nu e unul finit. Aceste tipuri sunt :

- Psihopatul lipsit de scrupule (*unprincipled*) s-ar dezvolta pe fondul TP narcisice ; e deseori certat cu legea și rareori ajunge la psihiatrie. Exhibă un sens arogant al valorii de sine și indiferență față de binele altora. Exploatează pe alții și așteaptă o recunoaștere și considerație socială specială, fără să-și asume responsabilități și ignorând drepturile altora. Relația cu alții e lipsită de scrupule, amorală și înșelătoare. Îi exploatează pe ceilalți și îi umilește, îi escrochează, îi disprețuiește. Este abil în influențarea socială a

altora, este captivant în discuții, poate fi fermecător și afișează o mască de inocență.

- Psihopatul nesincer (*disingenuous*) se aseamănă cu TP histrionică. Este aparent sociabil, căutând să atragă atenția altora, având nevoie mereu de excitație, cu comportamente seductive, dar relațiile sunt superficiale și trecătoare, manifestându-se impulsiv și cu resentimente. Este nestatornic, necinstit, incorect, nesincer și calculat. Inventează ușor, încercând să convingă pe alții de lucruri ireale. E indulgent cu sine. Nu admite responsabilitatea personală și îi blamează pe alții. Dincolo de aparența sociabilă și plăcută, poate avea izbucniri de furie dacă îl nemulțumește ceva.
- Psihopatul impulsiv (*risk-taking*) se angajează impulsiv în acțiuni riscante, nu pentru câștiguri materiale sau reputație, ci pentru a se excita și a resimți sentimentul că trăiește din plin. Comportamentul său riscă să aibă consecințe fizice grave. Nu are simțul autodiscipliniei și trăiește în mod hiperactiv prin acțiuni hazardate. Nevoia sa bazală e de stimulare și aventură, de obicei nefiind răzbunător, dar comportându-se iresponsabil. Teoretic, poate fi plasat între TP antisocială și histrionică.
- Psihopatul resentimentar (*conventous*) este un activ exploatator al semenilor, cu sentimente de ură, nemulțumire, răzbunare, având un permanent sentiment de frustrare, sentimentul că nu i s-a dat niciodată ceea ce ar fi trebuit să i se dea : dragoste, prestigiu, bunuri. De aceea, simte mereu un gol interior și, asemenea animalelor flămânde, își urmărește prada, exploatându-i pe alții, fără rețineri în a-și însuși bunurile lor. Este egofil, indulgent cu sine, fără compasiune față de alții, de care profită cu orice ocazie, exhibând un fel de răzbunare continuă. E foarte asemănător psihopatului antisocial.
- Psihopatul nesigur-amorf (*spineless*) comite acte agresive pentru că se simte tot timpul nesigur, vulnerabil, pe cale de a fi atacat. De aceea, comportamentul său agresiv are semnificația unor acte

contra-fobice. În fantezia sa apar mereu inamici puternici, agresivi, sadici, față de care simte că trebuie să se apere. Prin comportamentul său îi încurcă, de obicei, pe alții. Unii se înrolează în armată pentru a se simți în siguranță. Din această categorie s-ar recruta o bună parte dintre „executanții” puterilor totalitare. Poate fi considerat un derivat al TP evitante.

- Psihopatul exploziv e caracterizat de apariția bruscă și impredictibilă a unor stări de ostilitate explozive. Acestea se manifestă, de obicei, asupra persoanelor apropiate. Este încărcat de resentimente, iar ostilitatea explozivă semnifică, uneori, o descărcare a unor sentimente de umilire și degradare. Uneori, raptusurile agresive se produc în raport cu persoane simbolice care îi apar ca reprezentanți ai celor ce i-au făcut rău sau i-au vrut răul. Manifestă o inabilitate de a transpune în limbaj trăirile nefavorabile, care, și ea, îl poate apropia de unele forme ale TP de tip borderline.
- Psihopatul abraziv (cverulent) este în permanență certăreț și conflictual; oriunde poate găsi prilejuri de a-și descărca iritabilitatea sau de a induce cazuri litigioase. Deși unii cverulenți susțin că luptă pentru principii înalte, acest tip de psihopatie se asociază cu TP paranoică. Se plasează mereu în opoziție și îi contrazice pe alții.
- Psihopatul vindicativ (malevolent) este în permanență ostil și vindicativ, neîncrezător, combativ, cu intenția dominantă de a-și lua revanșa pentru un tratament nefavorabil, real sau imaginar. Are tendința de a se răzbuna, a distruge și pedepsi pe alții, de a-i brutaliza. Ține să controleze, să domine și e plin de resentimente. Nu are sentimentul vinovăției și al remușcărilor, fiind apropiat de TP paranoică și sadică.
- Psihopatul tiranic este cel mai crud și mai de temut subtip. Mereu îi atacă pe alții, îi intimidează, îi acuză, fiind abuziv și distructiv. Este stimulat de rezistența victimei pe care se străduiește să o facă să se supună. Pot fi brutali fizic sau agresivi verbal, dominând și înjosind victima. Comportamentul abuziv și violent

fi apropie de TP sadică. Deseori, e calculat și rece, își alege victima și îi caută slăbiciunile. Are o mare satisfacție în a vedea cum victima suferă, cum îi inspiră teroare și o intimidează. Vrea ca victima să simtă că îi este superior și să nu bănuiască faptul că are propriile insecurități și, uneori, o stimă de sine scăzută.

- Psihopatul malign este o persoană orientată autocratic spre putere, neîncrezătoare, plină de resentimente față de alții, cu permanente tendințe răzbunătoare, bazându-se, dacă e nevoie, pe un calcul rece al situațiilor, corelabil cu TP paranoică. Resimte în permanență nevoia de a-și proteja propria autonomie, fiind mereu convins că alții vor să-l supună autorității lor. Efortul său principal este de a abuza continuu de alții, de a-i tiraniza, de a le fi ostil, de a-i pedepsi, manifestând aroganță și brutalitate, intimidându-i în permanență. Îi consideră pe toți ceilalți – printr-un mecanism psihologic de proiecție – ca răi și răuvoitori. Atitudinea față de semeni este cea de ostilitate, imaginându-și că aceștia ar vrea să-l persecute, să-l intimideze, să-l distrugă. E frecvent prezent un sentiment de grandiozitate și fanatism.

Maniera în care Millon își prezintă subtipurile atrage atenția asupra faptului că o caracterizare generică a psihopatiei – un „portret-robot” așa cum s-a încercat mai sus – e un demers util, dar relativ. Tulburarea „psihopatică” nu se poate constitui într-o categorie definită, bine circumscrisă și distinctă de celelalte categorii. Încercarea DSM (și ICD) de a descrie o TP antisocială (dissocială) acoperă o zonă de realitate, dar lasă problema deschisă. Circumscrierea strict medical-psihiatrică a tulburărilor de personalitate în direcția reactivării încercării lui Kraepelin nu e posibilă. Definierea lui Schneider este generică și vagă, imposibil de operaționalizat. Criteriul infracționalității este și el relativ, existând o mare categorie de delikte – ca să nu vorbim de infracțiuni mai puțin importante – care sunt condiționate circumstanțial sau nu sunt dependente de distorsiunea personalității.

Criteriul imoralității sau al lipsei dimensiunii morale, deși e real și a fost mereu invocat – inclusiv prin termenul *anetopatie* –, nu poate fi operațional în mijlocul vieții sociale, mai ales în societatea contemporană. Este, desigur, important să se țină seama de toți acești factori, încercându-se formularea de prototipuri sau domenii de agregare, fără pretenția unei definiții stricte. De asemenea, rămâne valabil studiul cazuistic și, odată cu el, descrierea unor subtipuri cu grade variate de generalitate. Colecțiile cazuistice nu și-au pierdut valabilitatea și rămân la fel de utile ca și configurarea prototipică și abordările dimensionale. Oricum psihiatrii, mai ales cei ce se preocupă de tulburările de personalitate, cultivă în ultimul timp prezentarea comentată de cazuri-tip, descrierea detaliată de cazuri-prototip ca un contrabalans față de simpla circumscriere a categoriei prototipice în manieră politetică, prin enumerarea unui număr de criterii.

13.4. Comportamentul disocial și psihopatia în perspectivă dimensională

TP antisocială, psihopatia în opinia lui Cleckley și, în general, persoana psihopată, în înțelesul actual, au fost analizate și din perspectiva sistemelor dimensionale de evaluare a personalității.

Corespunzător modelului celor cinci mari factori (FFM), Widiger (Widiger și Lynam, 1989) analizează cum psihopatul identificat prin PCL-R Hare se caracterizează printr-o redusă agreabilitate (antagonism crescut) și o redusă conștiinciozitate. Autorii trec în revistă toți cei 20 de itemi ai scalei PCL-R și îi comentează din punctul de vedere al celor 30 de fațete ale scalei NEO-PI-R, găsind că factorul 1, cel ce se referă la modul de a se manifesta al persoanei, e exprimat cel mai bine prin antagonism, iar factorul 2, care integrează comportamentul antisocial, de antagonism și scăderea conștiinciozității. De asemenea,

multe aspecte ale extroversiei pot fi identificate ca prezente. Dacă se iau în considerare și alte variante ale psihopatiei, așa cum fac Likket și Blackburn, atunci se pot întâlni și trăsături de nevroticism. În orice caz, se constată un continuum al aspectelor normale ale personalității, așa cum sunt prezentate acestea în FFM.

Din perspectiva celor trei superfactori prezentați de Eysenck (1989), trăsăturile psihopatului, care se corelează cu criminalitatea, sunt, de asemenea, descrise prin dimensiunile prezente în sistem și care se distribuie ca un continuum între normal și anormal. Acestea se pot corela în primul rând cu psihoticismul (unul dintre cei trei superfactori ce se caracterizează prin faptul de a fi antisocial, rece afectiv, egocentric, impersonal, impulsiv) și, parțial, cu extroversia (caracterizată prin felul de a fi sociabil, vioi, activ, asertiv, amator de senzații tari). Eysenck subliniază că înclinația spre comportament disocial și crimă – care e parțial biologică – este mediată prin intermediul temperamentului, iar între normalitate și psihopatie există un continuum.

Blackburn (1959) a studiat infractorii cu tulburări de personalitate aflați în detenție specială. El a aplicat modelul circumplexului interpersonal, ce are ca axe ortogonale dominația vs dependența și cooperarea vs ostilitatea. Prin cercetări personale efectuate cu un instrument de investigare propriu, ajunge la concluzia că marea majoritate a cazuisticii sale se plasează în cadranul dintre dominare și ostilitate, în zona atitudinii coercitive – pe axa coercitiv-compliantă. Autorul subliniază faptul că psihopatia e interpretabilă dimensional, inclusiv prin FFM.

Cloninger (2005), în cadrul sistemului său dimensional temperamental-caracterial de interpretare a personalității normale și patologice prin șapte factori (prin intermediul instrumentului TCI), evaluează și TP antisocială. Aceasta se caracterizează, temperamental, printr-o crescută dependență de recompensă, iar caracterial, prin dificultăți

atât în ceea ce privește autodirecționarea, cât și cooperativitatea. Autotranscendența ar fi variabilă. Pe baza teoriei sale dimensionale, autorul imaginează un sistem tridimensional pe care îl figurează sub forma unui cub. TP antisocială e plasată într-un pol în raport cu care se află în vecinătate explozivul (borderline), pesimistul (histrionic) și independentul (schizoid). Este, de asemenea, subliniată continuitatea dintre TP antisocială și normalitate.

Cercetătorii care au creat sisteme de înțelegere și identificare dimensională a tulburărilor de personalitate pornind din aria psihopatologiei și a tradiției studiilor în această direcție au descoperit, de asemenea, printre principalii superfactori (sau clustere) ai tulburărilor de personalitate manifestările antisociale, care sunt principala caracteristică a psihopatului.

Tyrer, care și-a dezvoltat cercetările înainte de 1980 și le continuă și în prezent, a identificat 13 tipuri de tulburări de personalitate care se grupează în patru categorii (clustere), denumite schizoid, anancast, pasiv-dependent și sociopatic. Ultimul include TP impulsivă, senzitiv-agresivă și, parțial, pe cea histrionică.

Livesley care a creat un instrument de diagnostic dimensional al tulburărilor de personalitate, care se bazează pe 18 trăsături și care a pornit, de asemenea, de la preluarea tradiției psihopatologice în domeniul tulburărilor de personalitate, în urma prelucrării datelor cercetării ajunge la concluzia că domeniul tulburărilor de personalitate se distribuie în patru clustere dominate de dificultăți ale reglării emoționale, inhibiție, comportament disocial și tendință către compulsivitate. Comportamentul disocial se caracterizează prin: căutarea stimulilor, narcisism, suspiciune. Autorul expune asemănarea cu polul negativ al agreabilității din FFM și cu psihoticismul lui Eysenck.

Perspectiva dimensională este necesară în descrierea psihopatiei. Ea este complementară cu alte aspecte care se organizează ierarhic, și anume:

- caracterizarea generală a domeniului psihopatiei;

- tipurile de tulburări de personalitate prezentate în sistemele categoriale;
- subtipurile de psihopatie descrise de diverși autori;
- variabilele dimensionale.

Toate aceste perspective se articulează cu înțelegerea biologică, psihiatrică, relațională, psihosocială și antropologică a persoanei umane.

13.5. Aspecte etiopatogenice în dezbaterile actuale privitoare la psihopatie

Aspecte neurobiologice

Unul dintre aspectele importante actuale în discuția despre psihopatie constă în investigarea și evidențierea parametrilor biologici ai acestei tulburări.

Există, în prezent, multe date directe și indirecte care atestă rolul important jucat de genetică (McGuffin, 1998) în criminalitate, în general, și în cazul personalităților psihopate, în special. Transmiterea se face mai ales pe linie masculină, de la tată la băiat. Deși există un consens asupra transmisiei genetice, studiile riguroase sunt dificile din cauza faptului că „definirea” psihopatiei este destul de vagă și polimorfă. Cercetări s-au făcut mai ales cu PCL-R, dar ar fi de preferat o cazuistică formată din „nucleul tare” al acesteia, care constă în factorul 1.

Genetica poate interveni indirect prin favorizarea unor factori temperamentalii. Kagan (1994) a descris un „temperament dezinhbit”, transmisibil genetic, ca precondiție a persoanei psihopate și criminale. În aceeași direcție pledează și cercetările lui Eysenck și Cloninger.

Sindromul hiperkinetic (*attention-deficit/hyperactivity disorder* – ADHD) joacă un rol important, deoarece studiile prospective indică

faptul că o treime dintre pacienți dezvoltă tardiv criminalitate (Weiss și Heatman, 1993 ; West și Farrington, 1973).

Există o importanță diferență între sexe, psihopatia predominând net la bărbați. Femeile cu același temperament dezvoltă tulburări de somatizare și, eventual, trăsături de tip borderline.

Odată cu dezvoltarea psihologiei cognitive și a neuroștiințelor, s-au reluat o serie de studii în direcția ipotezei lui Cleckley, privitoare la demența semantică. Psihopatul se dovedește incapabil să înțeleagă și să utilizeze semnificațiile adânci ale limbajului. Dimensiunea sa lingvistică pare să fie superficială și îi scapă o serie de aspecte mai nuanțate și mai abstracte ale semnificațiilor. În această direcție, studii experimentale a efectuat Williamson (cf. Siever, 1998).

Pe de altă parte, psihopații nu pot aprecia semnificațiile emoționale ale unor evenimente și experiențe. Se presupune că rețelele neuronale profunde care corelează cogniția cu emoția sunt deficitare.

Psihopatul are unele modele comportamentale și atitudinale, care au, în mod cert, o bază cerebrală. Așa sunt : siguranța sa de sine, asertivă și dominatoare ; contactul intens al privirilor (ca în fascinație, hipnoză) ; intuirea vulnerabilității victimei ; autocontrolul. Acestea, dar și altele sunt instrumentele psihoneurologice ce-i asigură dominarea, controlul și manipularea celorlalți (Hare, 1998).

Au fost incriminate disfuncții ale cortexului frontal-orbital, cortexului medial-temporal și amigdalei, împreună cu sistemul lor de neurotransmisie, responsabil de coordonarea proceselor cognitive și afective. La acest nivel s-ar produce o disociere între procesele logic-cognitive și componenta afectivă a gândirii (Damasio, 1994). Puternicul efect de motivare, ghidare și inhibiție pe care îl joacă în mod obișnuit emoțiile are doar un mic rol în viața psihopatului.

Hare a avansat ideea că psihopatul poate fi asemănat cu un animal de pradă care-și folosește farmecul, manipularea, intimidarea și violența pentru a-i controla, a-i domina, dirija și exploata pe alții, pentru a-și satisface nevoile egoiste. E vorba, desigur, doar de o

metaforă, în sensul că un agresor – la fel ca animalul de pradă –, pentru a prevala asupra victimei, trebuie să posede anumite calități bio-psihice specifice.

Alte particularități bio-psihologice ale psihopatului țin de viața sa afectivă. Inafectivitatea tranzitivă, lipsa de empatie, de emoționalitate și, mai ales, de frică sunt caracteristici mereu subliniate. Și acestea ar avea o bază genetică ce conduce la o disfuncție cerebral-psihică. Lipsa răspunsului la stimuli fobogeni e demonstrată experimental. Ea se corelează cu faptul că psihopatul nu învață din experiență. Studiile se referă la „slaba condiționare la frică” (Lykken, 1957 ; Patrick, 1994) sau la „hipo-arousal la stimuli negativi” (Fowley, 1992). Lykken, analizând răspunsul electrodermal la stimuli necondiționați și un chestionar de preferințe afective, diferențiază psihopații primari de cei secundari sau nevrotici. Primii au în mod clar un nivel redus al anxietății, în majoritatea împrejurărilor abia confruntându-se cu experiențe ce pot induce spaima. Experiențele au fost repetate (Patrick, 1993 ; 1994), indicând că răspunsul redus la stimulii fobogeni e o variantă extremă a normalității.

Trebuie menționat totuși că, în anumite împrejurări, lipsa de reacție la frică poate fi adaptativă. Prin urmare, cei cu o astfel de caracteristică se descurcă, de multe ori, foarte bine în luptă.

Agresivitatea crescută este și ea considerată un factor fundamentat biologic, la fel ca și lipsa fricii sau inafectivitatea. Anumite rețele neuronale și sisteme de neurotransmisie susțin agresivitatea, care este, în sine, o dimensiune naturală și adaptativă a animalelor și omului. Excesul de agresivitate și, mai ales, lipsa de control, de autocontrol și modelare, de transpunere în comportamente structurate, eficiente, competitive și integrate social este o importantă caracteristică a psihopatului. Rata crescută de impulsuri agresive se corelează cu o scădere a transmisiei serotonergice.

Impulsivitatea, circumstanțialitatea răspunsurilor și deficitul de planificare au fost, de asemenea, studiate din perspectiva unei disfuncții

cerebrale de prelucrare a informațiilor. Newman *et al.* (1993) au dezvoltat și testat o teorie a deficitului în modularea răspunsului. E incriminată o disfuncție a capacității de a controla și integra răspunsurile la stimuli imediați în vederea urmăririi scopului. În această direcție, Patterson *et al.* au făcut studii, iar din 1997 echipa de cercetare a concluzionat asupra deficitului modulării comportamentului orientat spre scop la psihopați, bazat pe disfuncții neuro-vegetative. Faptul se corelează cu disfuncțiile în deliberare, planificare și evaluare a consecințelor.

Deficitul în procesarea informațiilor sociale la psihopat a fost și el studiat prin modele neuro-cognitive (Dodge și Crick, 1990).

Aspecte psihopatologice developmentale ; psihaliza și teoria atașamentului

În perspectivă istorico-psihanalică, după lucrarea lui Alexander (*The Roots of Crime*, 1935) se remarcă lucrările lui From (1973), privitoare la caracterul sadic-exploativ ce are o „pasiune pentru control”. Shapiro (1965) descrie apoi : „stilul impulsiv”, iar Kernberg (1970 ; 1989) comentează „narcisismul malign”. Narcisismul și paranoia ajung să fie considerate de psihanalisti ca și caracteristici de bază ale psihopatului, în cadrul unui spectru și a unui continuum.

Melay (1998) încearcă să coreleze conceptele psihodinamice cu studiile recente ce indică deficiențe neurofiziologice și cognitive la psihopat. Baza biologică ar perturba procesul de atașament ducând la identificări dificile și distorsionate. Nu se mai depășesc firesc etapele necesare, apare un deficit de *super-ego* și o predispoziție crescută la impulsivitate și agresivitate. Cel mai greu se realizează identificările – cu *imago*-urile părinților –, ceea ce face dificilă și structurarea eului. Sinele ajunge un obiect straniu. S-ar produce procese de proiecție și reîncorporare a agresiunii, similare cu ceea ce ar sta la baza paranoidului nuclear. Hare încearcă să explice, pe această cale, structurarea psihopatului ca „prădător”.

O serie de psihanalisti, între care Svrakic (1991), au susținut legături între TP narcisică și TP antisocială. Problema se corelează cu teza lui Kernberg (1984) privitoare la organizarea de tip borderline a personalității, intermediară între cele de tip nevrotic și psihotic. Se ajunge astfel la teza „narcisismului malign”. Ar exista deci două nivele de structurare a personalității. Pe de o parte, sinele real, care e nesigur, inferior, singur, gol, incapabil să învețe, neadaptativ, iar pe de altă parte, o față de grandiozitate narcisistă și distructivă. *Super-ego*-ul narcisicului nu se formează, e fragmentat, cu trăsături sadice și de paranoia non-psihotică. Se structurează astfel un sine distructiv.

Tulburările bazale neurobiologice care condiționează incapacitatea semantică de înțelegere afectivă și morală, precum deficitul de emotivitate, fac imposibil atașamentul bazal, asociat cu lipsa empatiei, a rezonanței afective (Paris, 1998). De aici și dificultatea introjecției *imago*-ului matern. Nu se poate realiza un echilibru între părinții reali și *imago*-urile acestora introjectate (sub formă de *internal working model* –, după cum spune Bowlby) astfel încât intervenția părinților sau a altor adulți e resimțită mereu ca intruzivă și periculoasă. Ca o corelație, apare tendința la respingere, îndepărtare și apoi de manipulare, agresiune. Pe de altă parte, nestructurându-se armonic, eul ajunge la narcisism, omnipotență, grandiozitate cu deficiențe în perceperea corectă a realității. Narcisismul și paranoia se conjugă. Eul nu are o coeziune echilibrată, fapt care e resimțit de celălalt, de partener. Pe de o parte, subiectul, vede în acesta un dușman, pe de altă parte, se simte omnipotent și îndreptățit să manipuleze și să agreseze pe alții. Autori precum Richards au descris un spectru paranoid-narcisic, pe care îl întâlnim la diverse tulburări de personalitate (narcisic, negativist, antisocial, paranoid, sadic) și care, în ansamblu, ar fi caracteristic psihopatiei. Violența și distructivitatea ar fi caracteristici ale acestei tulburări de personalitate pe care psihopatul le exprimă constant și repetitiv, ca și cum ar depinde de ele, la fel cum în adicție există dependență de drog.

Beck și școala cognitivă au atras atenția asupra modelelor cognitive învățate în copilărie, care structurează patternurile atitudinale față de sine, față de alții și ale relației sine-alții, ce sunt introjectate, devenind inconștiente și conducând din umbră comportamentul. În această perspectivă, Perris a construit o scală a modelelor educative familiale. Teoria cognitivă a învățării sociale a lui Bandura atenționează în această direcție. Benjamin analizează felul în care se structurează reprezentarea altora în sine și atitudinea *self*-ului, față de *imago*-ul introiectat al altora. Acesta, în cazul psihopatului, poate fi mult distorsionat. Astfel, celălalt, introiectat, poate fi resimțit ca în permanență periculos sau poate fi constant devalorizat în raport cu buna părere despre sine (de factură megalomaniacă), astfel încât, în practică, se trece la ignorare sau neglijarea nevoilor sale. Ansamblul direcțiilor de cercetare psihologice a personogenezei sunt convergente în această direcție.

Rolul educativ al familiei a fost mereu subliniat și se articulează teoriilor developmentale. Copilul crescut fără afecțiune nu-și dezvoltă propria capacitate afectivă. Modelele comportamentale agresive pot fi învățate și reproduse. Dezordinea în logica pedepselor și recompenselor poate conduce la devalorizarea semnificației sancțiunii sociale. Oricum, familia e mediatorul fundamental între individ și societate, inclusiv în cazul psihopatului. Dacă fundalul biologic predispus se asociază cu modelul educațional familial negativ, e favorizată structura psihopată a persoanei. Lykken (1988) a propus chiar necesitatea de a se acorda pentru orice familie calificare în privința creșterii și educării copiilor, deoarece foarte multe familii naturale nu au o competență corespunzătoare în acest sens, fapt ce duce la amplificarea fenomenului, la creșterea comportamentelor de tip sociopatic.

Factorii socioculturali joacă și ei un rol în structurarea și în manifestarea psihopatiei. Multe aspecte ale manifestărilor psihopate pot fi acceptate sau chiar valorizate în unele tipuri de societăți, în

unele situații sociale sau roluri sociale. Persoane ce întrunesc majoritatea criteriilor pentru psihopatie pot deveni personaje marcante ale unor revolte populare, mercenari sau eroi militari, teroriști, protestatari ce ajung să fie persecutați de regimurile politice. Dar, așa cum arată Cleckley, psihopații se întâlnesc și printre importanți oameni de afaceri, mai ales în lumea interlopă a drogurilor și prostituției, pe piața neagră și, la fel, printre avocați și doctori lipsiți de etică sau politicieni corupți. Unele cazuri izolate ies în evidență, altele rămân însă inserate în diverse grupuri și minorități sociale sau se integrează în diverse roluri ale societății în care trăiesc fără să se remarce în mod deosebit. Tipul de societate poate stimula, inhiba sau deforma agresivitatea, delincvența, criminalitatea. Identificarea și diagnosticarea cazurilor mai depinde de delimitarea conceptuală, instrumentele de diagnostic și criteriile de evaluare.

Psihopatia, acest cluster special al tulburărilor de personalitate, readuce în discuție ampla deschidere antropologică a acestei tulburări și indică faptul că abordarea medical-psihiatrică, chiar dacă e indispensabilă, nu e și suficientă.

Fără o largă viziune antropologică, nu poate fi abordată o problemă atât de gravă a personalității, ca pol individual al umanului. De fapt, e vorba despre un aspect particular al determinismului în zona existenței persoanei umane: cel al „endogenului”. Determinismul endogen a fost invocat în apariția unor psihoze ca schizofrenia, paranoia, tulburarea bipolară, dar, treptat, s-a renunțat la acest termen pe măsura progreselor geneticii, neuroștiințelor, a psihologiei genetice și cognitiv-comportamentale – articulată cu moștenirea psihanalitică și fenomenologică. Însă genul acesta de patologie, căruia i se alătură psihopatul malign, nu poate fi totuși pe deplin „explicat” prin cumulul factorilor biologici și de cogniție socială (Lăzărescu, 1994). Rămân încă multe de lămurit în aria tradițională a determinismului endogen, mai ales dacă includem aici și trăiri mai apropiate de normalitate, precum dragostea pătimașă, fanatismul politic sau extazul mistic.

Capitolul 14

Dimensiuni etico-morale în patologia persoanei

Deficiențele morale – ale conștiinței morale, ale comportamentului moral – au fost sesizate dintotdeauna la tulburările de personalitate. Mai ales categoria antisocialului (DSM-IV-TR) sau disocialului (ICD-10) relevă din plin acest aspect; la fel, „superfactorul” sau „clusterul” psihopatiei. Totuși, viziunea neokraepeliană, care raportează tulburările de personalitate în primul rând la patologia psihiatrică clinică, nu are de ce să acorde o importanță deosebită acestui aspect. Dată fiind impresionanta tradiție a „anetopatiei” – ca și caracteristică de bază a tulburărilor de personalitate –, problema nu poate fi ușor ignorată. Recent, Charland (2006) se întreba dacă nu cumva întreg clusterul B din DSM-IV ar trebui considerat mai degrabă o condiție morală decât una clinică, fapt ce ar avea consecințe asupra terapiei. De aceea, în acest capitol final vom relua comentariul asupra conștiinței morale în tulburările de personalitate. Prin aceasta se subliniază încă o dată perspectiva general antropologică ce a dublat-o pe cea clinică de-a lungul întregii lucrări. Comentariul nu e însă posibil fără o scurtă recapitulare, din perspectivă istorică, a corelației dintre felul în care personalitatea a fost concepută și înțelesurile eticului.

14.1. Reperere istorice

La fel ca variațiile temperamental-caracteriale, dimensiunea morală, modalitatea de manifestare în sens etic a caracterizat oamenii de milenii. Împreună cu sexul, vârsta, culoarea pielii, aspectul fizic, inteligența, abilitățile, fondul de cunoștințe, concepția despre lume și creativitatea, caracteristicile morale constituie parametrii care individualizează un om în cadrul moravurilor sau etosului unei comunități. Atitudinea și comportamentul moral sunt aspecte ce caracterizează și tulburările de personalitate, împreună cu tot ceea ce, în mod tradițional, se înțelegea prin caracter. Caracterul a însemnat, în antichitatea greco-romană și în Europa postrenascentistă, nu doar stilul ce diferențiază expresivitatea și comportamentul unui om de altul, ci și instanța personală ce-și însușește și exprimă moravurile vremii, felul cum subiectul funcționează în cadrul instituțiilor socio-culturale, prin raportarea sa față de alții în perspectiva binelui și răului, sensul valoric al existenței unui om în lumea sa. Sintagma *om de caracter* desemnează un om pe care te poți baza, care se ține de cuvânt, își respectă promisiunile, îi respectă pe alții și nu acceptă să comploteze, să înșele, să mintă și să facă rău semenilor săi. Iar sintagma *lipsit de caracter* desemnează o persoană versatilă, duplicitară, capabilă de lașitate și trădare. În același sens, s-a vorbit de „caractere puternice” – oameni care fac ceea ce trebuie făcut, au forță sufletească, își impun punctul de vedere și își realizează proiectele, în principiu bune, pozitive – și, pe de altă parte, de „caractere slabe” – nehotărâte, slugarnice, schimbătoare, influențabile. Deși limbajul popular păstrează această linie de caracterizare, psihologia științifică a trăsăturilor nu a inclus explicit dimensiunea caracterial-morală în descrierile sale, ci doar pe cea caracterial-temperamentală ce diferențiază oamenii prin stilul lor comportamental și expresiv. La fel au procedat cercetările în domeniul tulburărilor de personalitate,

cu toată tradiția și discuțiile despre *moral insanity*, anetopatie și psihopatie.

Preocuparea față de comportamentul moral reprezintă o veche tradiție antropologică religioasă. Biblia consemnează Decalogul : să nu ucizi, să nu furi etc. Actul uman reprobabil este un aspect diferit de particularitățile de fond ale unui individ prin care el e caracterizabil temperamental ; la fel, faptul de a fi curajos, bun, înțelept, blând, generos. Această problemă a fost teoretizată în lumea Greciei antice, după revoluția de atitudine marcată de Socrate, prin teza virtuților a lui Aristotel. Virtuțile exprimau o atitudine și un comportament de dorit, autocontrolat, în cadrul căruia se păstra echilibrul între extreme. Astfel ar fi curajul (între lașitate și temeritate), generozitatea (între risipă și avaritie), faptul de a fi prietenos (între a fi certăreț și lingușitor). Tot ca virtuți erau considerate : pudoarea, modestia, blândețea, mărinimia, cumpătarea, faptul de a fi drept, grandoarea sufletească, stăpânirea de sine și altele.

Valoarea caracterizantă a virtuților a fost mai puțin reținută decât cea a temperamentelor, atunci când a început să se instituie psihologia științifică, și aceasta din mai multe motive. Unul este relativa lor variație în timp. De exemplu, epoca eroică evaluează pozitiv curajul și forța ce învinge în luptă, pe când perioada capitalistă în ascensiune cultivă munca perseverentă și tendința la economisire, până la zgârcenie. Un alt motiv a fost faptul că nu toate doctrinele etice au fost la fel de mult interesate de virtuți. Încă din perioada elenistică stoicismul, epicureismul și scepticismul au mutat accentul pe sensul personal al vieții individului, punând un mai mic preț pe manifestarea în context interpersonal, „în mijlocul comunitar al cetății”. Viața virtuoasă are în vedere tot timpul relațiile interpersonale și existența în comunitate, fără o preocupare deosebită față de destinul propriu, care e luat doar parțial în considerare, în perspectiva orientării spre „bine” și, eventual, demnitate, împăcare cu sine și fericire. E drept că, ulterior, morala creștină a pus accentul pe iubirea aproapelui și pe trăirea vinovăției,

dar ea s-a păstrat la un nivel în care transcendența juca rolul principal, iar credința, dragostea și supunerea față de Dumnezeu se plasau în zona unor virtuți cardinale deasupra celor sociocomunitare de dinainte. Omul putea fi caracterizat mai repede în termeni de credincios sau păcătos decât în termeni de curajos, drept, prefăcut sau ipocrit. Desigur, milenara caracteriologie a virtuților s-a păstrat în evaluările și caracterizările vieții de zi cu zi, fapt ce se afirmă prin caracterele eroilor a cinci secole de roman european.

Alte momente memorabile sunt cele marcate de Kant și Nietzsche. La sfârșitul secolului al XVIII-lea, odată cu apogeul Iluminismului, Kant instituie o etică a demnității persoanei umane ce trebuie respectată din principiu, ca valoare și scop în sine. Imperativul moral categoric ar impune ca niciodată să nu se abordeze o altă persoană ca pe un mijloc, în folosul propriu. Această normativitate este, desigur, orientată social. Ea a jucat un rol major în istoria umanității, conducând la principiul respectului pentru ființa umană în general, care este și în zilele noastre baza atitudinii demne și tolerante în plan internațional, exprimată în Declarația Universală a Drepturilor Omului. Dar, la fel ca și etica creștină, formalismul moral kantian poate coborî în direcția practicilor curente doar până la un anumit nivel. În viața de zi cu zi a fiecărui om, celălalt devine – inevitabil – și mijloc pentru atingerea diverselor obiective. Stratul adânc al virtuților caracteriale personale nu a fost anulat de această viziune, ci doar modelat, astfel încât principiile etice ale lui Kant se pot articula atât cu unele aspecte ale moralei creștine, cât și cu tradiționalele virtuți. În acest sens, în secolul XX s-a dezvoltat personalismul etic al lui Scheler.

O altă mișcare, produsă în secolul al XIX-lea, tinde să răstoarne situația. Nietzsche atacă frontal nu doar etica creștină – pe care o consideră ca etos al celor slabi, al sclavilor –, ci însăși ideea de virtute, care implică echilibru și constanța cu sine a persoanei, în cadrul relaționării sale cu semenii. Ideea că acțiunea umană, bazată pe forța creativității, poate – ba chiar trebuie – să se plaseze „dincolo

de bine și de rău” răstoarnă tot eșafodajul tradițional al moralei. Consecințele acestei mutații se resimt și în zilele noastre. De fapt, ele au străbătut tot secolul XX, și poate de aceea psihologia persoanei ce s-a născut în acest veac nu s-a putut opri asupra caracterului decât în sensul său tipologic, deci orientată spre temperament, și nu spre aspectul său moral, al virtuților.

Dintre caracteristicile și aspectele epocii modernismului târziu, una ar fi accentul pus pe pragmatismul eficient pe care capitalismul victorios l-a afirmat. Or, pentru a fi pragmatic, eficient în afaceri, e nevoie de virtuți diferite de cele tradiționale, care presupun grija, respectul și responsabilitatea față de ceilalți, față de „aproapele” tău. Viziunea lui Nietzsche se aplică mai mult. De asemenea, se poate menționa erodarea în secolul XX a ideii de coerență a persoanei umane. Virtuțile presupun un om care, în mare măsură, este – sau devine – identic și constant cu sine, statornic sieși de-a lungul circumstanțelor. După Renaștere, acest fapt a fost simbolizat de către portretul pictat și de către eroul de roman. Ambele se estompează și pierd treptat din pregnanță în secolul XX. Viața socială devine tot mai mobilă și schimbătoare, mai ales în a doua jumătate a acestui veac, fapt ce necesită tot mai multe și variate adaptări la noi situații, spontaneitate și ingeniozitate pentru schimbare, maleabilitate, frecvente reorganizări interioare ale psihismului. În acest context, personalității și existențialității europeni au încercat să vorbească despre autenticitate și angajare, ca fațete ale responsabilității etice. Dar, în lipsa unor doctrine mai coerente, această mișcare s-a pierdut în comentarii morale cazuistice, într-o „morală a ambiguității”. Explozia informațională se însoțește de modificarea stilului de comunicare ce nu mai implică prezența nemijlocită a celui alt, iar mentalitățile se modifică rapid, atât în ceea ce privește viața sexuală, cât și cea familială. În acest întreg context, nu mai poate fi pus accentul pe virtuți la începutul secolului XXI la fel ca la începutul secolului XX, când Freud și Jung își construiau doctrinele despre om.

Toate cele de mai sus au importanță atunci când se discută perspectiva morală a celor cu tulburări de personalitate. În secolul al XIX-lea, Prichard putea folosi conceptul de *moral insanity*. S-au folosit apoi și expresii ca *idioție morală* și *anetopatie*. Deficiența dimensiunii morale a fost constant sesizată la tulburările de personalitate, mai ales la aceea variantă care și în prezent este etichetată ca psihopatie. Dar comentariul care se poate face azi este doar unul în perspectiva tradiției, fără posibilitatea unei referințe la o anumită doctrină etic coerentă actuală. Preocupările tipice din etica ultimelor decenii au fost dominate de filosofia anglo-saxonă, interesată de analiza semnificației unor termeni, ca, de exemplu, binele, echitatea, dreptatea, responsabilitatea.

Relativ singular și interesant a fost demersul lui Levinas (1999), care a încercat reactivarea unei filosofii etice de sorginte personalistă. Este presupusă o situație paradigmatică: persoana ce se confruntă „față în față” cu „celălalt”, considerat ca un subiect aflat în dificultate, slab și neajutorat, dar care tocmai de aceea se impune ca un „tu” impresionant, ca cineva „cu totul altul”, transcendent, care îți mobilizează generozitatea și responsabilitatea. Tăcerea celui alt, slăbiciunea și suferința sa fascinează și mobilizează subiectul spre actul etic. Tot comentariul este simbolic, cu elemente de mitologie creștină. Evident, acest scenariu paradigmatic și simbolic nu clarifică nimic normativ, nu arată cum să te porți în manieră etică față de alții. Dar e subliniat cu insistență nucleul interpersonal al eticului. Relația etică este, în primă instanță, o relație între două persoane ce se raportează direct una la alta. Abia la periferie ea privește persoane mai „îndepărtate” sufletește sau grupe de persoane, iar pe de altă parte, e pus sub lupă aspectul situațional al relației etice, căci nimic nu mai amintește acum de virtuți. Poate de aceea schema lui Levinas a fost preluată în cadrul încercărilor de „etică postmodernă”.

Într-o încercare de circumscriere a reperelor condiției morale din perspectivă postmodernă, Bauman (2000) enumera: 1. oamenii sunt

ambivalenți din punct de vedere moral, căci nu se poate imagina o societate perfectă și un om perfect; 2. fenomenele morale sunt în mod natural neraționale; 3. moralitatea este ipotetică; 4. moralitatea nu poate fi universalizată; 5. o societate înclinată spre uniformitate și acțiune disciplinată este inacceptabilă; 6. a manifesta răspundere morală față de „celălalt” e un punct de plecare, și nu un produs al societății; 7) Relativitatea cadrelor etice nu atinge relația interpersonală etică fundamentală. De aceea, nici nu trebuie să fim derutați de multitudinea codurilor etice pe care le relevă lumea postmodernă.

Desigur, în acest context, viziunea lui Levinas poate fi cultivată. Ea nu se leagă însă de tradiționala problemă a caracterului în sens de virtute, singura importantă pentru tulburările de personalitate, pentru că se referă la un aspect constant, și nu la circumstanțe. În lipsa unor coduri etice oficiale rigide și directoare, se face apel major la legislație. TP antisocială este definită în mare măsură prin încălcarea unei normativități sociojuridice.

Cu toate cele menționate mai sus, credem că în prezentarea tulburărilor de personalitate se poate și merită să se facă apel la caracteriologia morală tradițională a virtuților și la mari doctrine importante, cum sunt cele ale lui Kant și Scheller. Aceasta deoarece tendințele actuale ale psihologiei cognitive în direcția recuperării conceptelor de *sine* și *conștiință*, în cadrul „filosofiei minții” (*philosophy of mind*), cu accent sporit asupra intențiilor, proiectelor și scopurilor, s-ar putea să recâștige interesul pentru multe alte teme clasice ale personologiei, ale polului uman al persoanei, între care și cea de conștiință morală și relație etică. Persistența actuală a interesului pentru psihologia interpersonală, pentru circumplexul interpersonal, pentru reprezentarea altora în sine (în sensul acordat de Bowlby-Benjamin) pot susține această speranță. În plus, în straturile bazale ale societății, tradiția caracteriologiei morale nu a dispărut în zone importante ale populației, susținută de tradiții și de unele forme de religie.

14.2. Un posibil filtru de evaluare morală a tulburărilor de personalitate

În mod tradițional, se consideră că în cazul tulburărilor de personalitate, în general, și a psihopatiei, în special, avem o perturbare, o insuficiență de achiziție, o distorsiune a conștiinței morale și, în consecință, un frecvent și variat comportament anetic al unei persoane care continuă să își desfășoare viața de zi cu zi în mijlocul vieții comunitare, printre ceilalți oameni. Se pune problema: „Cum poate fi identificat acest aspect al existenței personale?”

Este de presupus că insuficiența sau distorsiunea conștiinței morale este diferită de ceea ce caracterizează în mod specific diverse tipuri categoriale sau configurații dimensionale. Faptul reiese clar din itemii de caracterizare. Dintre elementele invocate pentru identificarea categoriilor prototipice din DSM-IV-TR, foarte puține fac referință, și atunci indirectă, la aspectele comportamentului moral. De asemenea, caracteristicile morale nu se regăsesc explicit în FFM, în circumplexul interpersonal sau în sistemul TCI al lui Cloninger, în parametrii PAS ai lui Tyrer și Livesley. Urmează că, pentru caracterizarea morală, evaluarea persoanei trebuie să treacă printr-o grilă de evaluare specială. Această caracterizare morală e diferită și de caracteristicile generice ale tulburărilor de personalitate, așa cum sunt insuficiența coerență a identității sinelui sau perturbarea comportamentului interpersonal-social sau încălcarea normelor de conviețuire și a legilor.

Pot fi conturate câteva repere pentru o eventuală grilă de caracterizare morală a persoanei. Tot timpul se va considera că nucleul relației, al atitudinii și comportamentului etic se desfășoară în primă instanță în contextul unei raportări interpersonale directe între persoane apropiate sufletește. Cu cât o persoană e mai „îndepărtată” sufletește de subiect, cu atât și implicarea etică e mai problematică. Apoi, se ia în considerare modelul structural al virtuților, în sensul că atitudinile și

comportamentele etice de un anumit fel reprezintă o constantă a persoanei, care se manifestă ca atare în diverse împrejurări și contexte, față de diverse persoane, în mod constant de-a lungul timpului. Se ține seama de raportarea față de grupuri de persoane sau de cea care decurge din încadrarea subiectului în statute și roluri sociale. Ca aspecte deficitare, se vor avea în vedere :

- manipularea ;
- torturarea celui alt ;
- neglijarea semenilor ;
- duplicitatea malignă ;
- egoismul și lipsa generozității ;
- lipsa sentimentului de rușine și vinovăție ;
- iresponsabilitatea și difuzarea responsabilității.

Manipularea

Comportamentul manipulativ e contrariul ideii centrale a lui Kant, care pretinde ca semenii să fie în permanență respectați, considerați întotdeauna ca scop în sine, și nu ca mijloc. Acest deziderat e practic imposibil de realizat întru totul, în viața de zi cu zi existând nenumărate modalități de manifestare, uneori ambigue.

În cazul tulburărilor de personalitate întâlnim deseori o manipulare evidentă, pregnantă și constantă, în scop egoist, pentru obținerea propriilor satisfacții și interese, uneori din simpla plăcere de dominare. Comportamentul e mai frecvent în clusterul B, la TP histrionică, de tip borderline, antisocială și narcisică. Manifestarea e frecventă în zona infrațională unde pot fi utilizați intermediari. Ea poate fi realizată prin autoritate, dominare, fascinație și șantaj. Prin manipulare, se poate exploata afecțiunea sinceră pe care cineva i-o poartă subiectului și de care acesta profită. Prin șantaj, intimidare, promisiuni false, un altul poate fi constrâns să acționeze necinstit sau poate fi defavorizat, deposedat de bunuri, de statut și rol social. Manipulatorul poate urmări avantaje, satisfacții, plăceri perverse. Mai ales la tulburările

de personalitate din clusterul B e frecventă manipularea prin șantaj afectiv, prin amenințarea cu părăsirea, cu suicidul, prin realizarea unor tentative suicidare. Persoanele cu tulburări de personalitate se pot manifesta manipulativ și față de personalul medical sau față de cei dispuși să-i ajute, încercând să-i determine să acționeze așa cum doresc ei sau străduindu-se să mențină o relație interpersonală dincolo de un suport firesc, afectiv sau motivat altfel. Potter (2006) analizează faptul că manipularea poate avea o componentă psihologică, și nu neapărat una etică, fiind deseori expresia dificultății de relaționare afectivă profundă a tulburărilor de personalitate.

Manipularea patologică, amorală a celor cu tulburări de personalitate se realizează fără compasiune, fără luarea în considerare a problemelor și suferințelor celui alt, fără rușine sau sentiment de culpă, fără rezonarea interafectivă empatică dintre „eu” și „tu”. Ea se poate asocia cu conduite duplicitare, cu minciuna, mitomania, confabulația, reaua-credință, ipocrizia.

Din altă perspectivă, manipularea se exercită în plan sociopolitic și în comerț prin propagandă, retorică, reclame. La acest nivel, persoanele sunt abordate în manieră abstractă, ca simple unități depersonalizate, fără implicarea „față în față” a doi subiecți conștienți și responsabili ce-și împletesc destinele. Faptul că o persoană este, prin statut și rol social, o parte integrantă a unei structuri manipulatorii supraindividuale reprezintă un aspect al dispersiei responsabilității pe care o întâlnim și la majoritatea comportamentelor duplicitare.

Problema care se pune este în ce măsură subiectul aderă deliberat și intențional la acest plan suprapersonal de existență sau este angrenat în mod pasiv, preconștient, inconștient, uneori chiar obligat să participe.

Torturarea

Aceasta presupune faptul de a face pe altul să sufere din punct de vedere moral și fizic. Un altul poate fi agresat moral în mod direct și intenționat de către subiect, din interes pentru propriile satisfacții ; celălalt poate fi calomniat, bârfit, denigrat, defăimat, i se pot

submina rezultatele, e făcut să decadă financiar, situațional, moral, chiar împreună cu familia sa. Celălalt poate fi făcut de râs, umilit, batjocorit. Astfel de comportamente fac parte, de obicei, dintr-o dialectică a confruntării și luptei interpersonale și pot fi întreținute de sentimentul urii și al răzbunării. Din perspectiva tulburărilor de personalitate, mai ales a psihopatului, comportamentele menționate pot fi expresia unei tendințe structurale de dominare și obținere a unei plăceri perverse, sadice. Atitudinea de dominare agresivă poate evolua până la tortura morală.

Celălalt poate fi agresat și fizic, lovit, molest, rănit, mutilat, violat. I se pot provoca sau întreține dureri sau alte stări fizice neplăcute, poate fi torturat, chinuit, schingiuit. *In extremis* se ajunge la crima comisă cu sânge rece. Chinuirea fizică și cea morală se pot asocia. Tot în cadrul conceptului de tortură sunt considerate, de obicei, și amenințarea sau cauzarea de suferință celor apropiați victimei, mai ales când intră în joc șantajul. Tortura morală și fizică invocată la acest nivel este de altă natură decât încălcarea normelor și legilor oficiale ale unei socioculturi. Ea are în primul rând un sens etic negativ.

Provocarea deliberată a suferinței fizice și tortura s-au practicat în plan instituțional de către regimuri extremiste și autoritare în cadrul acțiunilor de reprimare a adversarilor politici, a programelor de reprimare în masă. Se cere și la acest nivel făcută diferența – cel puțin până la un punct – între agresiunea morală și fizică realizată în planul relațiilor directe cu o altă persoană și cea realizată în planul grupurilor sociale, ca expresie a unor politici sau ideologii. Diferențierea se estompează în cazul funcțiilor, al celor plasați în statute și roluri sociale specializate în conceperea și practicarea torturii, a chinuirii și exterminării. În astfel de funcții sau profesii, se autoselectează, de obicei, persoane care au o anumită predispoziție, care, în principiu, ar putea fi încadrate la tulburările de personalitate, dar își maschează comportamentul tocmai prin statutul și rolul lor social.

Neglijarea, dezinteresul, neimplicarea în raporturile cu semenii

Putem face rău celor din jur și prin non-acțiune, nu doar prin acte deliberate, urmărite cu perseverență. Acesta este cazul neglijării sau ignorării răspunderii pentru proprii copii sau a celor avuți în grijă, astfel încât aceștia suferă, se chinuie, sunt înfomețați, se îmbolnăvesc sau chiar mor. E în joc deficiența ce rezultă din ignorarea exercitării unor roluri sociale, naturale sau asumate. Desigur, nu se pot prevedea toate situațiile ce pot apărea în cadrul responsabilităților pe care ni le asumăm. Exercițarea corectă sub aspect normativ-oficial a îndatoririlor ce decurg dintr-un statut – așa cum face anancastul – nu acoperă toate aspectele și eventualitățile concrete, fiind nevoie de flexibilitate, imaginație, implicare, dăruire afectivă și morală în raport cu celălalt, considerat ca o persoană semnificativă, ca un „tu”. Neglijarea funcționării în roluri, inconsecvența, neimplicarea – așa cum se întâmplă în cazul multor tulburări de personalitate – au consecințe negative în privința unor funcții, cum sunt cele de educator, medic, funcționar. În cazul psihopatului, poate fi prezentă o desconsiderare cinică a celui alt, văzut ca simplu obiect indiferent, manevrabil, de soarta căruia subiectului nu-i pasă.

Desfășurarea existenței oamenilor presupune implicare interpersonală în cursul vieții de zi cu zi, în diverse situații și circumstanțe. Din perspectivă morală, contează mai ales situațiile în care „celălalt” e în dificultate și suferință. E vorba și de compasiune, rezonanță afectivă, chiar milă. O atitudine de detașare schizoidă, de neputință dependentă, de continuă retragere și crispă suspicioasă face ca subiectul să nu se implice în susținerea și sprijinirea celui aflat în nevoie, manifestându-se astfel un defect etic prin omisiune.

În cazul manipulării și torturii, celălalt e tratat ca un obiect oarecare, și nu ca o persoană. În cazul neimplicării, uneori celălalt nici măcar nu mai e băgat în seamă, fiind considerat un „nimeni”. Situația etică se distorsionează, se perturbă, se diluează ori de câte ori se pierde raportarea interpersonală directă de tip „eu-tu” și se

trece spre raportarea interpersonală din „perspectiva persoanei a treia”, cea de „eu-el”, „eu-ei”. Raportarea „eu-voi” este una mai specială, ceilalți fiind considerați uneori ca potențiali agresori și dușmani, fapt ce duce la crispate, la o poziționare de tensiune, de așteptare neîncrezătoare și ținere la distanță a celuilalt. Nici această situație, caracteristică TP paranoice, a celei evitante și, parțial, a celei de tip borderline, nu e favorabilă desfășurării plene a comportamentului etic.

Duplicitatea malignă

Este o caracteristică intrinsecă a existenței persoanei umane, discutată amplu de existențialismul secolului XX. Se poate porni de la minciună. Când minte, omul spune altora lucruri neadevărate, despre care știe că sunt astfel, pentru a atinge un scop, eventual pentru un avantaj personal. El este în mod deliberat nesincer. Minciuna e universal răspândită printre oameni, putând fi mai mult sau mai puțin justificată. Ea se corelează cu dinamica imaginarului uman și cu ceea ce s-a numit existență; altfel spus, persoana se proiectează în ceea ce ea nu este încă efectiv, dar e posibil să devină. Imaginarul creator se desfășoară după coordonatele unor posibile „bune”, sintetice, novatoare. Pe aceleași coordonate ale posibilului, de data aceasta într-o variantă „rea”, se poate desfășura minciuna, confabulația, mitomania. În cazul tulburărilor de personalitate, intră în joc minciuna malignă care urmărește interese egoiste, prin care se face rău altora, sunt induși în eroare, sunt privați de bunuri, defăimați, calomniați, păcăliți, înșelați. Ea este frecventă la TP histrionică, antisocială, narcisică.

Tot din cazul trăirilor duplicitare face parte reaua-credință, ipocrizia, compromisul. Omul este și se comportă într-un anumit fel, dar, în spatele măștii, el se gândește și se comportă și în alt fel. El poate afirma un anumit lucru, dar crede și face altceva în spatele manifestării publice. Sau face un anumit lucru cu care, oficial, e de acord, pentru a obține un avantaj, pe când, de fapt, în intimitate, el nu e de acord cu acesta.

Ambiguitatea afirmațiilor și manifestărilor umane poate ține nu doar de neclaritatea modului de gândire și exprimare, de polisemia limbajului, ci și de duplicitate. Rolurile pe care cineva le joacă pot fi, concomitent, diverse și necongruente. Subiectul evoluează în același timp pe două sau mai multe planuri. Într-un plan, el e fidel prietenului, în altul, se aliază cu dușmanul și îl trădează. Ambiguitatea și duplicitatea în roluri nu e de la început și prin sine un semn de anormalitate, societatea putând-o cultiva, ca, de exemplu, în meseria de spion. Dar duplicitatea și lipsa de autenticitate pot fi și marca unei dizarmonii și inconsistențe a identității persoanei, a sinelui (*self*-ului), caracteristice tulburărilor de personalitate. Este unul din sensurile expresiei „om lipsit de caracter”, iar comportamentul duplicitar, în multe împrejurări și forme, poate fi nociv sub aspect moral, celorlalți.

În cazul atitudinii și comportamentului duplicitar, celălalt nu mai e considerat un simplu obiect sau un „nimeni”, ci este cineva care totuși contează, dar ca un obiect neunitar, fragmentat, și nu ca un partener integru al reciprocității, al unei relații „eu-tu” armonice, transparente. Nici în acest caz, relația interpersonală nu funcționează echilibrat, deoarece însăși persoana care acționează e duplicitară și nu găsește un echilibru între zona sa intimă și cea publică de manifestare.

Omul duplicitar și ambiguu e considerat ca neautentic, iar autenticitatea exagerată, anularea deschiderii spre posibil și imaginar poate fi anormală, ca în varianta paranoicului.

Duplicitatea umană se desfășoară și în plan suprapersonal, socio-politic, ca, de exemplu, în nesinceritatea propagandei și declarațiilor diplomatice. Este vorba de un aspect similar cu celelalte direcții de comportamente anetice deja comentate.

Egoismul și lipsa de generozitate

Manipularea, torturarea, ignorarea, duplicitatea sunt comportamente interpersonale – și sociale – particulare ce pot avea valoare amorală

sau imorală. Subiectul cu tulburare de personalitate are, cel mai adesea, o raportare la sine egocentrică. El este egofil, uneori cu o bună părere – de factură narcisică – despre sine, grandoman și megaloman, considerând că totul i se cuvine. El poate fi și neîncrezător în sine, manifestând un sentiment al neputinței, și chiar indiferent față de sine. În toate cazurile, subiectul se interesează doar de sine, nefiind capabil să se descentreze, să se transpună în situația altora și să se relaționeze astfel firesc cu ei. El nu rezonază afectiv împreună cu alții, nu e capabil de prietenie și dragoste autentică, nu realizează o bună intimitate și o gradată a distanțelor psihice. Îi lipsește empatia necesară compasiunii și milei, receptarea suferinței celorlalți. Psihopatul nu e interesat de consecințele acțiunilor sale pentru altul. El acționează și implică aceste consecințe în însuși proiectul său de acțiune. Prin egofilia și egoismul său, el e lipsit de generozitate.

Comentariul de mai sus este unul generic ce poate fi aplicat cazuisticii doar în urma interpretării situațiilor. În mod firesc, orice om trebuie să aibă grijă de sine, să-și urmărească propriul interes, să se afirme în contextul unei anumite colaborări cu ceilalți. Sensibilitatea la suferința celuilalt, a „aproapelui” nu poate fi generalizată pentru orice situație, la fel ca și necesitatea milei și faptul de a-i purta altuia de grijă. Generozitatea își are rațiunile și limitele sale. Totuși, caracterizarea de mai sus poate fi orientativă pentru a interpreta hermeneutic egocentrismul și incapacitatea de generozitate a vreunui caz de tulburare de personalitate, în asociere cu celelalte caracteristici menționate în acest capitol și, desigur, în raport cu moravurile vremii.

Lipsa sentimentului de rușine și vinovăție

Omul normal judecă și evaluează valoric, moral, pe alții și pe sine (prin ceea ce face și felul în care este), presupunând constant cum îl evaluează și îl judecă alții pe el. Cu alte cuvinte „ii pasă” de opinia și judecata altora în ceea ce-l privește, după cum se așteaptă ca și altora să le pese de opinia și judecata sa. Această relaționare

este expresia stimei și considerației pe care subiectul o acordă altora, și-o acordă sieși, pretinzând-o din partea altora pentru sine. Atunci când subiectul nu mai are considerație față de ceilalți, nu-i mai stimează; când e indiferent față de sine sau când se află într-o constantă atitudine de autoevaluare pozitivă, lui nu-i mai pasă nici de opinia și judecata publică a celorlalți, iar rușinea și pudoarea dispar.

Sentimentul de vinovăție rezultă din autoevaluare, cu referire la propriile intenții, comportamente și la propriul mod de a fi, care poate fi evaluat ca reprobabil sau în conformitate cu normele și cutumele comunității. Acest sentiment nu ține de codul de sancțiuni legale în funcțiune, de cunoașterea publică a intențiilor și actelor sale, de judecarea efectivă a acestora de către alții în tribunale, ci de propria judecată a persoanei. Vinovăția e corelată cu sentimentul responsabilității, cu înțelegerea suferinței posibile a celuilalt pe care fiecare o poate cauza. Dacă lipsește considerația și stima pentru celălalt, în contextul unei păreri despre sine centrată pe egofilie, evaluarea acestuia ca persoană în sine, rezonanța afectivă intersubiectivă, capacitatea de descentrare, de plasare în situația celuilalt, de milă, de compasiune, sentimentul de vinovăție poate fi redus sau chiar poate lipsi.

Rușinea și vinovăția sunt cultivate de sociocultură în diverse grade. În unele cazuri, cum e cel al creștinismului, însăși ideologia religioasă accentuează educarea acestor trăiri. În alte societăți, ele sunt mai puțin cultivate. În prezent, chiar în țările euro-atlantice creștine, stilul de viață pune un accent tot mai mare pe asertivitatea sinelui și succes, în detrimentul rușinii și culpabilității. Totuși, absența acestora este și va rămâne, desigur, multă vreme un element de caracterizare a tulburărilor de personalitate, mai ales a psihopatiei. Aceasta deoarece, în straturile profunde ale societății, sentimentul responsabilității, al vinovăției și generozitatea se păstrează, cel puțin subteran.

Iresponsabilitatea și difuzarea responsabilității

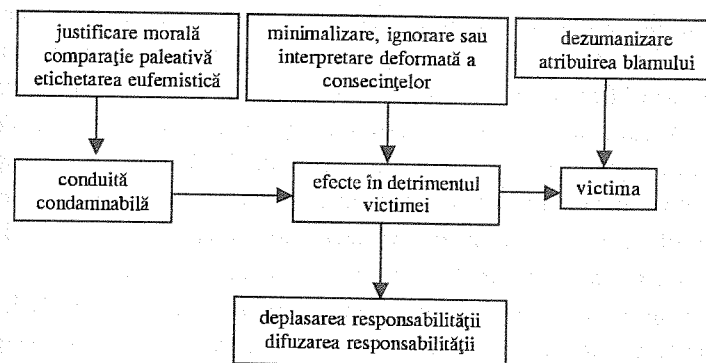
Esența relației etice se desfășoară prin raportarea directă a subiectului – cu trăirile sale din „perspectiva persoanei întâi” – la altă persoană, prin implicare într-o acțiune nemijlocită în raport cu aceasta, deci în cadrul unei relații interpersonale „eu-tu”, care circumscrie „perspectiva” persoanei a doua. Există implicații etice, mai precis responsabilitate și față de terțe persoane, mai periferice în rețeaua socială a subiectului, despre care el știe, dar cu care nu se află în comunicare și legătură directă. Aceștia se plasează în poziția a treia, a lui „el” sau „ei”. Distanța psihologică poate evolua mai departe spre impersonal, în sensul în care oamenii devin anonimi, simple obiecte de manipulat, cifre sau realități indiferente. În mod normal, o persoană este responsabilă și, potențial, vinovată moral pentru faptele sale prin care acționează direct asupra altor persoane.

Dincolo de o situație etică interpersonală ideală și paradigmatică ce poate avea nenumărate variante reale, probleme etice apar și se cer rezolvate chiar și în contexte în care mai multe persoane răspund de desfășurarea existenței altor persoane. În acest cadru organizațional, care poate fi cel al unui spital, al unei școli sau al oricărei instituții, al oricărei structuri ce urmează să respecte un program, să rezolve o sarcină, responsabilitățile pot interfera, se pot distribui și dilua. De asemenea, responsabilitatea poate fi nu doar a executantului, ci și a inițiatorului, a celui ce concepe, planuiește un act și delegă sau obligă pe alții să-l execute. Acesta ar fi responsabilul moral.

Responsabilitatea poate deriva – așa cum s-a susținut în câteva din paragrafele precedente – din statutul și rolul social, din îndeplinirea unei funcții, care – în cadrul prescripțiilor sale normative – poate avea consecințe pozitive sau negative sub aspect moral. Desigur, persoana poate interpreta normativitatea funcției sale, poate găsi soluții de compromis sau inovatoare, poate alege între variate aspecte de acțiune, poate refuza un anumit statut și rol social, însă niciodată în viața socială nu se operează într-o lume ideală și în condiții de seră, astfel încât vor fi consecințe pozitive și posibil negative pentru

fiecare act. Problema e a sensului în care binele poate fi maximizat și a înțelesului ce se dă binelui într-un domeniu de acțiune socială.

Ariile în care responsabilitatea difuzează în mod firesc sunt zone din care se pot găsi argumente pentru fuga de responsabilitate, dar și pentru justificarea unor acțiuni personale cu încărcătură morală negativă. Se găsesc argumente pentru minimizarea vinovăției proprii, pentru dezumanizarea și blamarea victimelor, pentru atribuirea vinovățiilor. Efectele nocive pot fi ignorate, minimizate, reinterpretate. Aceste probleme l-au preocupat pe Bandura (1999), care le-a sintetizat schematic :



Atribuirea și difuzarea responsabilității astfel încât subiectul să nu se mai considere „responsabil/vinovat” pentru actele sale cu sens moral negativ e o practică frecventă în cazul multor tipuri de tulburări de personalitate, în variate forme. Procesul se desfășoară în paralel cu devalorizarea celuilalt ca persoană, cu transformarea acestuia într-un „el” insignifiant care are valoare de obiect, cifră, în poziția de „oricine” sau „nimeni”.

În cazul tulburărilor de personalitate, celălalt decade din rolul său de partener interpersonal privilegiat, din relația „eu-tu” transparentă și responsabilă, ce presupune respectul reciproc, afecțiunea, implicarea și grija, sprijinul și potențarea reciproce.

Anancastul ce se identifică cu rolul social nu ține seama de celelalte persoane reale, ca subiecte cu valoare în sine. El este un pion în dinamica formalismelor sociale pe care le poate respecta abstract, dar fără implicarea reciprocității. Nu poate colabora cu altul, în măsura în care acesta nu se conformează întru totul manierei sale de a gândi și acționa. Pentru schizoid și schizotipal, ceilalți sunt niște obiecte identice cu cele fizice și merită un tratament similar cu al acestora și, mai ales, pot fi neglijate. Pentru paranoid, ceilalți sunt dușmani ce se cer îndepărtați, înlăturați, distruși, evitați. Dacă intervine narcisismul, ceilalți sunt doar niște potențiali admiratori, insignifianți prin ei înșiși, la fel ca în cazul histrionicului ce are nevoie de spectatori aflați la distanță. Antisocialul este evident dezinteresat de soarta celuilalt, pe care-l manipulează, exploatează, agresează. Pentru dependent, stăpânul necesar nu e niciodată un prieten apropiat, ci un *imago* abstract, important, dar fără valențe de atașament prietenos și intimitate transparentă. Pentru evitant, ceilalți sunt doar potențiali critici, iar pentru cei cu TP de tip borderline, niște obiecte cu semnificație variată, dar nicidecum parteneri în sensul profund al lui „tu”, ce poate fi prieten sau iubit.

Această plasare la mare distanță a celuilalt în cazul tulburărilor de personalitate face ca el să apară ca dezumanizat și depersonalizat.

Din perspectivă morală, în cazul tulburărilor de personalitate vom întâlni următoarele aspecte:

- incapacitatea de a avea un comportament constant, cu sens moral pozitiv în raport cu celălalt, ceilalți și sine;
- comportamente constante cu sens moral negativ, de tipul manipulării, torturării, neglijării, duplicității maligne;
- egofilie, lipsă de generozitate, milă, compasiune, dar și de rușine și a sentimentului de vinovăție;
- tendința de atribuire și difuzare a responsabilității;
- deficiența raportării interpersonale de tip „eu-tu”, cu tendința plasării celuilalt la distanța indiferenței, a obiectelor ce nu se cer stimate, a lui „oricine”.

Această grilă s-ar cere plasată, în analiza oricărei tulburări de personalitate, alături de profilul tipologic-caracterial, categorial sau dimensional și alături de alte caracteristici generale. O evaluare comprehensivă a unei persoane ce prezintă o tulburare de personalitate ar urma să cuprindă:

Elemente de caracterizare generală a tulburărilor de personalitate:

- caracterizare tipologică categorială (prototipică) sau/și prin configurare dimensională;
- caracterizare morală;

	Manipulare	
duplicitate malignă	egoism lipsa rușinii și vinovăției	neglijarea aproapelui
	Terorizarea celuilalt	
	lipsa și difuzarea responsabilității	
Aspecte pozitive caracteriale în sensul capacităților de coping și al dimensiunilor morale pozitive		

Evaluarea calităților morale ale unui om ar necesita definiții operaționale, criterii și un sistem standardizat de evaluare. E problematic dacă acest lucru e posibil în zilele noastre.

Caracterizarea unei persoane umane, inclusiv în cazul tulburărilor de personalitate, presupune și relevarea aspectelor pozitive, nedistorsionate și nedeficitare, fapt valabil și pentru aspectul moral.

Considerațiile făcute până la acest nivel sunt generale. Se cere, desigur, și o abordare mai concretă. Ca oameni sau ca psihopatologi, putem evalua din punct de vedere moral pe un altul, îl putem caracteriza, iar dacă e psihopat, îi putem inventaria defectele, deficiențele morale. Dar e necesar și să păstrăm punți de legătură

(cognitive sau de altă natură), celălalt trebuie să rămână abordabil, pentru a nu ne rupe de semenii noștri.

Nu în ultimă instanță, trebuie relevată ținuta morală a psihiatrului, stresat să diagnosticheze și să evalueze tulburările de personalitate cu deficiențe morale și să-și lege destinul de al acestora. În același cadru se înscriu și atitudinile morale ale vieții de zi cu zi, cele ale bunului-simț, cele promovate și sancționate de cultura în care trăim, pentru că nu putem să izolăm în laboratoare și eprubete oamenii de lângă noi, față de care avem atitudini spontane, variate trăiri, girate de „simțul comun” ce călăuzește o comunitate. Iar comunitatea fiecăruia e variată, incluzând tinerii ce trebuiesc călăuziți și persoanele mai vârstnice, pe care le respectăm sau la care ne raportăm cu recunoștință, dar, uneori, și cu reproș, ca față de cei care ne-au îndrumat pașii în viață. Această comunitate umană e definită, desigur, și istoric. Prezentul, cu evoluțiile tehnologice multiple, variate, complexe și care se succed în mod rapid, influențează evident conduitele morale, mai ales datorită impactului major pe care îl are în prezent mass-media asupra vieții fiecăruia.

Probleme ca cele menționate mai sus merită să fie în atenția noastră, atunci când abordăm și evaluăm concret dimensiunea morală a unei persoane cu tulburare de personalitate.

14.3. Deficiența conștiinței morale și limbajul

Din vremea lui Aristotel și Teofrast și până la sfârșitul secolului XX, deci aproape timp de 2 500 de ani, limbajul curent a sedimentat o serie de cuvinte și expresii care indică o modalitate particulară de manifestare a omului în societate și care se potrivesc cu ceea ce, tradițional, s-a înțeles prin tulburare de personalitate sau personalitate psihopată. Ele nu definesc tipuri de oameni și nici categorii de comportament, dar reprezintă un *check-list* de aspecte ale modului

de a fi al oamenilor. Acestea ar putea fi inventariate dacă se aplică, mai mult sau mai puțin, la persoane care sunt diagnosticate ca având tulburări de personalitate, care sunt etichetate categorial sau configurate dimensional. Prezentăm în continuare o astfel de listă de termeni, aleși aleatoriu, și care poate fi, desigur, completată de oricine: rău, amoral, imoral, iresponsabil, necinstit, neomenos, criminal, mizerabil, laș, exploator (al firii altora), manipulator (autocrat), disprețuitor, lipsit de stimă și respect (față de ceilalți), fără scrupule, escroc, profitor, calomniator, brută (brutal), crud, nesimțitor (față de suferința altora), nerușinat, egoist, duplicitar, prefăcut, neautentic, incorect, lingușitor, ipocrit, mincinos, trădător (mișel), inconsecvent, superficial, nestatornic, nechibzuit, parazit, obraznic (neobrăzat), arogant (îngâmfat, infatuat), mojiic (necioplit), sadic, pervers, nemilos, nerușinat, fără remușcări, negeneros, răzbunător (vindicativ), cu resentimente, necruțător, terorizant, găunos, parșiv, infidel, slugarnic, nesincer, nedrept, nedemn, nepăsător, șantajist, profitor, fanfaron, oportunist, trufaș, șarlatan, meschin, intrigant, hrăpăreț, violent etc. etc.

Caracteristicile desemnate de epitețe, asemenea celor de mai sus, sunt distincte de cele care indică trăsături temperamentale-caracteriale în sensul psihologiei diferențiale a trăsăturilor, precum și de expresiile de caracterizare a tulburărilor de personalitate din perspectiva psihopatologică, psihiatrică, orientate de categorii ca schizoidul, schizotipalul, paranoicul, histrionicul, anancastul, evitantul. Expresii cum sunt cele de mai sus nu pot fi ocolite în caracterizarea celor cu tulburări de personalitate. Aceasta deoarece cuvintele sunt depozitarul unor observații milenare, așa cum au gândit și cei care, în secolul XX, au pornit pe urmele identificării trăsăturilor psihice cele mai generale ale persoanei, ale caracteriologiei diferențiale, căutând în dicționare cuvinte caracterizante și care, urmându-i pe Allport și Cattell, au ajuns la cei cinci mari superfactori.

Cuvintele fac parte din istorie, la fel ca orașele, catedralele, palatele, epopeile, tragediile și romanele. De-a lungul istoriei, ele

crează țesătura, pânza de fond pe care se desenează viața de zi cu zi a oamenilor, ce nu încetează niciodată să se caracterizeze unul pe altul și să depene povești, despre zei și eroi, despre persoane cunoscute sau despre personaje fictive, plasate în zona imaginarului sau a realității cotidiene. Binele și răul nu sunt doar valori concepte, despre care vorbesc filosofii și teologii, ci sunt realități constante, „încarnate”, prezente mereu în jurul nostru, zi de zi, ceas de ceas, întrețesute cu rostirea unor cuvinte asemenea celor mai sus menționate. Felul în care percepem, înțelegem, decupăm, citim și comentăm cazurile persoanelor cu probleme, cu tulburări de personalitate, cu „psihopatie” ne caracterizează în mare măsură pe noi, epoca și cultura noastră.

Conceptul de *persoană umană* și realitatea persoanei umane sunt și ele o „creație” istorică, la fel ca filosofia sau creștinismul; la fel, conceptul de *tulburare de personalitate*, de *psihopatie*. Ne este și acum greu să înțelegem cum de există unele cazuri monstruoase de personalitate amoral-patologică, după cum ne e dificil să „explicăm” dragostea nețârmurită, credința adâncă, bunătatea, fanatismul, creativitatea, toate aceste aspecte ale firii noastre, ale endogenului ființării noastre.

În acest context, ne putem întreba, fără a întrezări vreun răspuns, în ce sens se va metamorfoza de-a lungul veacurilor ceea ce înțelegem noi astăzi prin *persoana umană* și prin *tulburările sale*?

Bibliografie

- Abraham, J.K. (1921), „Contributions to the theory of the anal character”, în D. Bryan și A. Strachey (1968), *Selected papers of Karl Abraham*, Basic Books, New York, pp. 370-392.
- Abraham, J.K. (1927), „Character – formation on the genital level of the libido”, în J.K. Abraham, *Selected papers on psychoanalysis*, Hogarth Press, Londra.
- Abraham, R.E.; Van, G.L. et al. (2001), „The developmental profile”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 15(5), pp. 457-473.
- Abrams, R.C. și Harowitz, S.V. (1996), „Personality disorders after age 50: a meta-analysis”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 10 (3), pp. 271-281.
- Achenbach, T.M. (1991), *Manual for the Child Behavior Checklist, Age 4-18 and 1991 Profile*, University of Kormant, Department of Psychiatry, Burlington, VT.
- Adler, P. (1980), „Transference, real relationship and alliance”, *Journal of Psychoanalysis*, nr. 61, pp. 547-558.
- Adlington, R. (1925), *A Book of Characters*, George Routledge and Sons Ltd, New York.
- Aichorn, A. (1925), *Wayward youth*, Viking, New York.
- Akiskal, H.S. (2004), „Demistifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kindship with the bipolar spectrum”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 110, pp. 401-407.

- Alarcon, R.D. (1998), *Personality Disorders and Culture: Clinical and Conceptual Interactions*, Wiley, New York.
- Alexander, F. (1930), „The neurotic character”, *International Journal of Psychoanalysis*, nr. 11, pp. 291-311.
- Alexander, F. (1935), *The roots of crime*, Knopf, New York.
- Alexander, F.G. și Selesnik, S.T. (1972), *Histoire de la Psychiatrie*, Librairie Armand Colin, Paris.
- Allport, Gordon W. (1970), *Structure et développement de la personnalité*, Delachax et Niestle, Neuchatel.
- Anderson, E.M. și Lambert, M.J. (1995), „Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and metaanalysis”, *Clin. Psychol. Rev.*, nr. 15, pp. 504-514.
- Appelbaum, A.H. (1994), „Psychotherapeutic routes to structural change”, *Bulletin of Menninger Clinic*, nr. 58, pp. 37-54.
- Aristotel (1988), „Caracterele”, în La Bruyère, *Caracterele sau moravurile acestui veac*, Editura pentru Literatură, București.
- Aristotel (1988), *Etica Nicomacică*, Editura Științifică și Enciclopedică, București.
- Aristotel (2005), *Despre suflet*, Editura Humanitas, București.
- Astington, J.W. (1993), *The child's discovery of the mind*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Baltes, M.M. (1996), *The many faces of dependency in old ages*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Baltes, P.B. (1997), „On the incomplete architecture of ontogeny”, *American Psychologist*, nr. 52, pp. 366-380.
- Baltrusaitis, J. (1972), *Aberații. Fisiognomie animală*, Editura Meridiane, București.
- Bandura, A. (1999), „Social Cognitive Theory of Personality”, în L.A. Pervin și O.P. John (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, Londra, pp. 154-196.
- Bank, P.A. și Slik, K.R. (2001), „Axis I and II interaction”, *Curent Opinion in Psychiatry*, nr. 141, pp. 137-143.

- Barber, J.P. și Muenz, L.R. (1996), „The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: empirical findings from the Treatment for Depression Collaborative Research Program”, *J. Consult. Clin. Psychol.*, nr. 64, pp. 951-958.
- Barker, P. (1985), *Using metaphors in psychotherapy*, Brummer/Mazel, New York.
- Barratt, E.S. et al. (1997), „The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: a controlled study”, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 17, pp. 341-349.
- Bateman, A. și Fonagy, P. (1999), „Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 156, pp. 1563-1569.
- Bateman, A.W. și Fonagy, P. (2003), „The development of an attachment - based treatment program for borderline personality disorder”, *Bulletin of Menninger Clinic*, nr. 67, pp. 187-211.
- Bauman, Zygmund (2000), *Etica Postmodernă*, Editura Amarcord, Timișoara.
- Beck, A.T. et al. (1990), *Cognitive therapy for personality disorders*, The Guilford Press, New York.
- Beck, J.S. (1996), „Cognitive therapy for personality disorder”, în Salkovskis P.M. (ed.), *Frontiers of cognitive therapy*, The Guilford Press, New York, Londra.
- Bellu, N. (1974), *Etica lui Kant*, Editura Științifică, București.
- Bender, D.S. et al. (2003), „Representations of therapists by patients with personality disorders”, *American Journal of Psychotherapy*, nr. 57, pp. 219-236.
- Benedetti, F. et al. (1998), „Low dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 59, pp. 103-107.
- Benjamin, L.S. (1974), „Structural analysis of social behavior”, *Psychological Review*, nr. 81, pp. 392-425.

- Benjamin, L.S. (1999), „Psychosocial factors in the development of personality disorders”, în Cloninger C.R., *Personality and Psychopathology*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp 309-342.
- Benjamin, L.S. (2003), *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*, Guilford Press, New York.
- Berenbaum, H. și Fujita, F. (1994), „Schizophrenia and personality: exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome”, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 103 (1), pp. 148-158.
- Bernstein, D.P. și Travaglini, L. (1993), „Schizoid and avoidant personality disorders”, în T. Millon, P.H. Blaney și R. Davis (eds.), *Oxford Textbook of Psychopathology*, Oxford University Press, Oxford, pp. 523-534.
- Bernstein, D.P. ; Kasapis, C. et al. (1997), „Assessing axis II disorders by informant interview”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (2), pp. 158-167.
- Bernstein, D.P. ; Useda, D. și Siever, L. (1993), „Paranoid personality disorder: review of the literature and recommendations for DSM-IV”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 53-62.
- Berrios, G.E. (1996), *The history of mental symptoms*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Bienvenu, O.J. și Stern, M.B. (2003), „Personality and anxiety disorders: a review”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 139-151.
- Black, D.W. et al. (1991), „The prediction of recovery using a multivariate model in 1471 depressed inpatients”, *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, nr. 241, pp. 41-45.
- Blackburn, R. (1975a), „An empirical classification of psychopathic personality”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 127, pp. 456-460.
- Blackburn, R. (1975b), „Psychopathy and the contribution of Personality violence”, în Millon T., Simonsen E., Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 50-68.
- Blatt, S.J. și Ford, T.Q. (1994), *Therapeutic Change: An Object Relations Perspective*, Plenum, New York.

- Bleuler, E. (1924), *Textbook of Psychiatry*, Marmillon, New York.
- Block, J. (1993), „Studying personality the long way”, în D. Funder, R.D. Parke, C. Tomlinson Keasy, K. Widaman (eds.), *Studying lives through time: Personality and development*, American Psychological Association, Washington DC, pp. 9-41.
- Bloom, B.S. (1984), *Stability and change in human characteristics*, Wiley, New York.
- Blum, H. (1973), „The concept of erotized transference”, *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 21, pp. 61-76.
- Boboc, A. (1971), *Etică și axiologie în opera lui Max Scheler*, Editura Științifică, București.
- Boethius și Salvianus (1992), *Scrieri*, Editura Institutului Biblic, București.
- Bond, M.H. (1994), „Trait theory and cross-cultural studies of person perception”, *Psychological Inquiry*, nr. 5, pp. 114-168.
- Bornstein, R.F. (1998), „Implicit and self-attributed dependency needs in dependent and histrionic personality disorder”, *Journal Press Assessment*, nr. 71, pp. 1-14.
- Bornstein, R.F. (1999), „Dependent and histrionic personality disorders”, în T. Millon, P. Blaney și R. Davis (eds.), *Oxford Textbook of Psychopathology*, Oxford University Press, Oxford, pp. 535-555.
- Bouckoert, Luk (1999), „The Project of a Personalistic Economics”, *Ethical Perspectives*, nr. 1.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and Loss*, vol. I., *Attachment*, Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, Londra.
- Bowlby, J. (1973), *Attachment and Loss*, vol. II, *Separation, Anxiety and Anger*, Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, Londra.
- Bowlby, J. (1980), *Attachment and Loss*, vol. III, *Loss, Sadness and Depression*, Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, Londra.
- Bowlby, J. (1988a), *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, Basic Books, New York.

- Bowlby, J. (1988b), *Attachment and Loss*, Basic Books, New York.
- Breeur, Roland (1999), „Individualism and Personalism”, *Ethical Perspectives*, nr. 1.
- Bretherton, J. (1987), „New perspectives on attachment relations: security, communication and internal working model of self and relationship partners, în Fletcher J. (ed.), *Knowledge Structures in Close Relationships: A Social Psychological Approach*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, pp. 25-61.
- Brinkley, J.R. et al. (1979), „Low dose neuroleptic regimes in the treatment of borderline patients”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 36, pp. 319-326.
- Briquet, P. (1859), *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Baillière, Paris.
- Buie, D.H. și Adler, G. (1982), „Definitive treatment of the borderline personality”, *Journal of Psychoanalytical Psychotherapy*, nr. 9, pp. 51-87.
- Bursten, B. (1972), „The manipulative personality”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 6, pp. 318-321.
- Buss, A.H. și Plomin, R. (1975), *A Temperament Theory of Personality*, Wiley, New York.
- Buss, D.M. (1994), *The evolution of desire: Strategies of human mating*, Basic Books, New York.
- Buss, D.M. și Shackelford, T.K. (1997), „From vigilance to violence: Mate retention tactics in married couples”, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 72, pp. 346-361.
- Buss, D.M.; Haselton, M.G.; Shack, Elford T.K.; Bleske, A.L. și Wakefield, J.C. (1998), „Adaptations, exaptations and spandrels”, *American Psychologist*, nr. 53, pp. 533-548.
- Campanella, Th. (1959), *Cetatea soarelui*, Editura Științifică, București.
- Carlson, Elizabeth A. (1995), „Contributions of Attachment Theory to Developmental Psychopathology”, în Cicchetti Dante, Cohen

- Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 581-617.
- Casey, P. (2001), „The epidemiology of personality disorders”, în Tyrer P., *Personality Disorders*, Wright, Butterworth and Co, Londra, pp. 71-19.
- Casey, P. et al. (1996), „Personality functioning and recovery from major depression”, *Journal of Nervous and Mental Disorders*, nr. 184, pp. 240-245.
- Casey, P. și Butler, E. (1995), „The effects of personality on the response to ECT in major depression”, *Journal of Personality Disorder*, nr. 9, pp. 134-142.
- Caspi, A. (1998), „Personality development across the life course”, în W. Damon, N. Eisenberg (eds.), *Handbook of child psychology*, vol. III: *Social emotional and personality development*, Guilford Press, New York, pp. 311-388.
- Caspi, A. și Roberts, B.W. (1999), „Personality continuity and change across the life course” în Pervin L.A. și John O.P. (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 300-326.
- Caspi, Avshalom și Moffit, Terrie E. (1995), „The Continuity of Maladaptive Behaviours: From Description to Understanding in the Study of Antisocial Behaviour”, în Cicchetti Dante, Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. II, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 472-511.
- Caspi, Avshalom și Roberts, Brent W (1999), „Personality Continuity and Change across Life course”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 303-326.
- Chapman, L.J. et al. (1994), „Putatively psychosis - prone subjects 10 years later”, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 103 (2), pp. 171-183.
- Cîmpan, D. și Nireștean, A. (2004), „Tulburarea de personalitate de tip narcisic - Aspecte fenomenologice și de abordare psihoterapeutică”, în A. Nireștean (ed.), *Tulburările personalității - repere clinico-evolutive și terapeutice*, Editura Mureș, Târgu-Mureș, pp. 160-173.

- Clark, A. și Watson, D. (1999), „Personality, Disorder, and Personality Disorder: towards a more rational conceptualization”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 13 (2), pp. 142-151.
- Clark, A.L.; Vittengal, J. et al. (2003), „Separate personality traits from states to predict depression”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 152-172.
- Clark, L.A. și Harrison, J.A. (2001), „Assessment Instruments”, în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 277-307.
- Clark, L.A. și Livesley, W.J. (1997), „Special feature: personality disorder assessment: the challenge of construct validity”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (3), pp. 205-231.
- Clark, Lee Ann și Watson, David (1999), „Temperament: A New Paradigm for Trait Psychologes”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 399-423.
- Clarkin, J.F. (1999), *Psychotherapy for Borderline Personality*, Wiley, New York.
- Cleckley, H. (1941), *The Masc of Sanity*, Henry Kimpton, Londra.
- Cleckley, H. (1964), *The Mask of Sanity*, C.V. Morby Company, Saint Louis.
- Cloninger, C.R. (1987), „A systematic method for clinical description and clasification of personality variants”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 44, pp. 573-588.
- Cloninger, C.R. (2000), „A practical way to diagnosing personality disorder: a proposal”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 99-108.
- Cloninger, C.R. (2004), *Feeling good*, Oxford University Press, Oxford.
- Cloninger, C.R. (2005), „Antisocial Personality Disorder: A Review”, în M. Maj, H.S. Akiskal, J.E. Mezzich și A. Okasha (eds.), *Personality Disorders*, Wiley, Chichester.

- Cloninger, C.R. et al. (1993), „A psychobiological model of temperament and character”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 975-990.
- Cloninger, C.R. și Svrakic, D.R. (1998), „Personality Disorders”, în Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock (eds.), *Kaplan and Sadock's, Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, pp. 1723-1764
- Cloninger, C.R.; Adolfsson, R. și Svrakic, D.M. (1996), „Mapping genes for human personality”, *Nature Genetics*, nr. 12, pp. 3-4.
- Cloninger, C.R.; Przybek, T.R. și Svrakic D.M. (1994), *The temperament and character inventory (TCI)*.
- Cloninger, C.R.; Reich, T. și Guze, S.B. (1975), „A multifactorial model of disease transmission in familial relationships between sociopathy and hysteria (Brignet's syndrome)”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 127, pp. 23-32.
- Cloninger, C.R.; Svrakic, D.M. și Pryzbeck, T.R. (1993), „A psychobiological model of temperament and character”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 975-990.
- Cociu, M. (1999), *Etologie*, Editura All, București.
- Cohen, Simon-Baron (1995), „Theory of Mind and Face – Processing: Now Do They interact in Development and Psychopathology?”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 343-356.
- Coker, L.A.; Samuel, D.B. și Widiger, T.A. (2001), „Maladaptative personality functioning within the big five and five-factor model”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (5), pp. 385-401.
- Corman, Luis (1970), *Le diagnostic de l'intelligence par la morpho-psychologie*, PUF, Paris.
- Cornelius, J.R. et al. (1990), „Fluoxetine trial in borderline personality disorder”, *Psychopharmacology Bulletin*, nr. 26, pp. 151-154.
- Cornelius, J.R. et al. (1993), „Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenalazine”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 1843-1848.

- Costa, P.T. și McCrae R.R. (1988), „Personality in adulthood: A six year longitudinal study of self-reports and spouse ratings of the NEO personality inventory”, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 54, pp. 853-863.
- Costa, P.T. și McCrae, R.R. (1992), *Neo PI-R. Professional manual*, Psychological Assessment Resources, FL, Odessa.
- Costa, P.T. și McCrae, R.R. (1985), *The NEO Personality Inventory Manual*, E.L. Psychological Assessment Resources, Odessa.
- Costa, P.T. și Widiger, T.A. (eds.) (2001), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*, ediția a II-a, American Psychological Association, Washington DC.
- Cowdry, R.W. și Gardner, D.L. (1988), „Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranylcypromine”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 45, pp. 111-119.
- Crawford, Th.H. ; Cohen, P. și Brooke, J.S. (2001), „Dramatic-erotic personality disorder symptoms: continuity from early adolescence into adult hood”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 15(4), pp. 319-335.
- Curran, D. și Mallinson, W.P. (1944), „Recent progress in Psychiatry: psychopathic personality”, *Journal of Mental Science*, nr. 90, pp. 266-287.
- Dafinoiu, I. (2002), *Personalitatea. Metode calitative de abordare*, Editura Polirom, Iași.
- Damasio, Antonio R. (2004), *Eroarea lui Descartes*, Editura Humanitas, București.
- Darrow, M.R. et al. (1970), „Recollections childhood: A study of the retrospective method”, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, nr. 35(5).
- Davidson, K.M. (2000), *Cognitive therapy for personality disorders: a treatment manual*, Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Davidson, K.M. și Tyrer, P. (1996), „Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders: single case series”, *British Journal of Clinical Psychology*, nr. 35, pp. 413-429.

- Davies, Dilys și Bhugra, Dinesh (2004), *Models of Psychopathology*, Open University Press, Berkshire.
- De La Fuente, J.M. și Cotstra, F. (1994), „A trial of carbamazepine in borderline personality disorder”, *European Neuropsychopharmacology*, nr. 4, pp. 479-486.
- De la Rie, S.M. ; Duijsens, I.J. și Cloninger, C.R. (1998), „Temperament, character and personality”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 12 (4), pp. 362-372.
- Debellis, M.D. et al. (1999a), „Developmental traumatology part I: biological stress systems”, *Biological Psychiatry*, nr. 45, pp. 1259-1270.
- Debellis, M.D. et al. (1999b), „Developmental traumatology part II: brain development”, *Biological Psychiatry*, nr. 45, pp. 1271-1284.
- Dehelean, M. ; Dehelean, P. și Dehelean, L. (2005), „O problemă controversată: modelul categorial vs dimensional al tulburărilor de personalitate”, în A. Nireștean (ed.), *Personalitate – între anormalități biologice și interpretări culturale*, Editura Universității, Tg.-Mureș, pp. 73-101.
- Dehelean, M. ; Dehelean, P. și Dehelean, L. (2006), „Conceptul nosologic al tulburărilor de personalitate”, în A. Nireștean (ed.), *Tulburările de personalitate*, Editura Universității, Tg.-Mureș.
- Delors, J. (1999), „European Personalist Perspectives”, *Etical Perspectives*, nr. 1, p. 6.
- Deltito, J.A. și Stam, M. (1989), „Psychopharmacological treatment of avoidant personality disorder”, *Comprehensive Psychiatry*, nr. 30, pp. 498-504.
- Derksen, J. (1995), *Personality Disorders: Clinical and Social Perspectives*, Wiley, New York.
- Descartes, R. (1984), *Pasiunile sufletului*, Editura Științifică și Enciclopedică, București.
- Descartes, R. (1994), *Meditații despre filosofia primă*, Editura Humanitas, București.

- Dick, J.R. *et al.* (2001), „Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorders, panic disorders with and without agoraphobia and social phobia”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 15, pp. 60-71.
- Dishion, T.H. ; French, D.C. și Patterson, G.R. (1995), *The development and ecology of antisocial behaviour*, pp. 424-471.
- Dishion, Thomas ; French, Doron C. și Gerald, R. (1995), „Development and Ecology of Antisocial Behaviour”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. II, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 421-471.
- Dolan, B. *et al.* (1995), „Multiple Axis II diagnoses of personality disorder”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 166, pp. 107-112.
- Dolan, B. și Coid, J. (1993), *Psychopathic and antisocial personality disorders: treatment and research issues*, Gaskell Books, Royal College of Psychiatrists, Londra.
- Dolan, B. *et al.* (1996), „Cost-offset following specialist treatment of severe personality disorder”, *Psychiatric Bulletin*, nr. 20, pp. 413-417.
- Dolan-Sewel, R.T. *et al.* (2001), „Co-occurrence with syndrome disorders”, în Livesley W.J. (ed.), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, Guilford Press, New York, pp. 84-104.
- Dorian, G. (1993), *Zodiac universal*, Editura Vremea, București.
- Drake, R.E. și Vaillant, G.E. (1988), „Longitudinal views of personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 2(1), pp. 44-48.
- Dreesen, L. *et al.* (1997), „Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder”, *Journal of Anxiety Disorders*, nr. 11, pp. 503-521.
- Driessen, M. *et al.* (2000), „Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 57, pp. 1115-1122.
- Dyck, J.R ; Philips, K.A *et al.* (2001), „Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with

- and without agoraphobia, and social phobia”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 15 (1), pp. 60-71.
- Edler, N.S. și Kocovski, N.L. (2002), „Personality Disorders at the crossroad”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 487-502.
- Eissler, K.R. (1949), *Search lights on delinquency: Essays in honor of August Aichorn*, International University Press, New York.
- Ekselius, L. și von Knoring, L. (1999), „Change in personality status during treatment with sertraline or citalopram”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 174, pp. 444-448.
- Elfenberger, Henri F. (1994), *Histoire de la decouverte de l'inconscient*, Fayard, Paris.
- Ellis, H. (1939), „Autoerotism: A psychological study”, *Alienist and Neurologist*, nr. 19, pp. 260-299.
- Endler, M.S. și Kocovski, M.L. (2002), „Personality Disorders at the Crossroad”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 487-502.
- Erikson, E. (1950), *Childhood and society*, Norton, New York.
- Espy, J. (1994), „The character disordered family system”, *Gestalt Journal*, nr. 17, pp. 93-105.
- Evans, K. *et al.* (1999), „Normal assisted cognitive-behavior therapy: a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm”, *Psychological Medicine*, nr. 29, pp. 19-25.
- Eysenck, H.J. (1989), „Personality and Crime”, în Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, Guilford Press, New York, pp. 40-49.
- Eysenck, H.J. și Eysenck, M.W. (1985), *Personality and individual differences*, Plenum Press, New York.
- Fabrega, H. (1994), „Personality Disorders as medical entities: a cultural interpretation”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 8 (2), pp. 149-167.
- Fairbairn, W.R.D. (1954), *An Object-Relations Theory of the Personality*, Basic Books, New York.

- Falconer, D.S. și Mackay, T.F.C. (1996), *Introduction to quantitative genetics*, Longman, Harlow, UK.
- Feighner, J.P.; Robins, E.G.; Guze, E. *et al.* (1972), „Diagnostic Criteria for use in psychiatric research”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 26, pp. 57-63.
- Feist, Jess (1985), *Theories of Personality*, Rinehart and Winston, Holt.
- Feske, U. *et al.* (2004), „Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 161, pp. 2073-2080.
- Field, D. și Miusap, R.E. (1991), „Personality in advanced old age: Continuity or change?”, *Journal of Gerontology*, nr. 48, pp. 299-308.
- Flick, S.N. *et al.* (1993), „DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity and clinical correlates”, *Journal of Affective Disorders*, nr. 27, pp. 71-79.
- Fonagy, P. (1991), „Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient”, *International Journal of Psychoanalysis*, nr. 72, pp. 1-18.
- Fonagy, P. (2001), *Attachment Therapy and Psychoanalysis*, Other Press, New York.
- Fonagy, P. *et al.* (1995a), „Attachment, borderline states and the representation of emotions and cognitions in self and other”, în Cicchetti D.T. și Sheree L. (eds.), *Emotion, Cognition and Representation*, University of Rochester Press, New York, pp. 371-414.
- Fonagy, P. *et al.* (1995b), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, Analytic Press, Hillsdale, NJ, pp. 233-278.
- Fonagy, Peter; Taryet, Mary; Steele, Miriam și Gerber, Andrew (1995), „Psychoanalytic Perspective in Developmental Psychopathology”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 504-556.
- Fonagy, P. *et al.* (2000), „Attachment and BPD: a therapy and some evidence”, *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 103-122.
- Ford, D.H. și Lerner, R.M. (1992), *Developmental systems therapy: An integrative approach*, CA Sage, Newbury Park.

- Forehand, R. și McMahon, R.J. (1981), „Teaching parents to modify child behavioral problems: an examination of some follow-up data”, *Journal of Pediatric Psychology*, nr. 6, pp. 323-322.
- Frank, E. *et al.* (1990), „Three year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 47, pp. 1093-1099.
- Frankenburg, F.R. și Zanarini, M.C. (1998), „Clozapine treatments of borderline patients: a preliminary study”, *Comprehensive Psychiatry*, nr. 34, pp. 402-405.
- Frankenburg, F.R. și Zanarini, M.C. (2002), „Divalproex sodium treatment women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double blind placebo controlled pilot study”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 63, pp. 442-446.
- Freinhar, J.P. și Alvarez, W.A. (1985), „Clonazepam: a novel therapeutic adjunct”, *International Journal of Psychoanalysis Medicine*, nr. 15, pp. 321-328.
- Freud, Anna (1936), *The writings of Anna Freud*, vol. II, International University Press, New York.
- Freud, S. (1908/1972), *Charakter und Analerotik*, vol. VII, Fischer Verlag, Frankfurt am Main.
- Freud, S. (1914/1957), „On narcissism: on introduction”, în J. Strachey (ed.), *Collected Works*, vol. XIV, Hogarth Press, Londra, pp. 69-102.
- Freud, S. (1923), „The ego and the id”, în Strachey J. (ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. XIV, Hogarth Press, Londra, pp. 1-66.
- Freud, S. (1925), „Some character types met with in psycho-analytic work”, în Freud S., *Collected papers*, vol. IV, Hogarth Press, Londra, pp. 318-344.
- Freud, S. (1953), *Three essays on the theory of sexuality*, J. Strachey (ed. and trans.) in collaboration with A Freud. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vol. VII, pp. 143-243), Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, Londra.

- Friedlander, K. (1945), „Formation of the antisocial character”, *Psychoanalytic Study of the Child*, nr. 1, pp. 189-203.
- Fromm, E. (1942), *Fear of Freedom*, Routledge, Londra.
- Fromm, E. (1973), *The anatomy of human destructiveness*, Holt, Rinehard and Winston, New York.
- Gabbard, G.O. (1983), „Further contributions to the understanding of stage fright : Narcissistic issues”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, nr. 31, pp. 423-441.
- Gabbard, G.O. (2000), „Psychoanalysis”, în Kaplan H.I. și Sadock B.J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. I, Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 431-478.
- Gabbard, G.O. (2000), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice : The DSM-IV Edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Gabbard, G.O. (2004), *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy : A Basic Text*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- Gabbard, G.O. et al. (2002), „The place of psychoanalytic treatments within psychiatry”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 59, pp. 505-510.
- Gadamer, H.G. (2001), *Adevăr și metodă*, Editura Teora, București.
- Gangestad, S.W. și Simson, J.A. (1990), „Toward an evolutionary history of female sociosexual variation”, *Journal of Personality*, nr. 58, pp. 69-96.
- Gardner, D.L. și Cowdry, R.W. (1985), „Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 142, pp. 98-100.
- Gibbons, M.B.C. et al. (2003), „Pretreatment expectations, interpersonal functioning and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy”, *Psychotherapy Research*, nr. 13, pp. 59-76.
- Glas, G. (2006), „Person, Personality, Self and Identity : A philosophical informed conceptual analysis”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 20 (2), pp. 126-138.
- Golberg, D. et al. (1986), „Borderline and schizotypal personality disorders treated with low dose thiotixene vs placebo”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 680-686.

- Goldberg, L.R. (1992), „The development of markers for the Big-Five Factor structure”, *Psychological Assessment*, nr. 4, pp. 26-42.
- Goldfried, M.R. et al. (1978), „The reduction of test anxiety through cognitive restructuring”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 46, pp. 32-39.
- Gorgos, C. (1989), *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, vol. III, Editura Medicală, București.
- Graham, P.J. și Stevenson, J.E. (1987), „Temperament, personality and personality disorder”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 872-873.
- Green, Dorian (1993), *Zodiac Universal*, Editura Vremea, București.
- Greenber, J.R. și Mitchel, S.A. (1983), *Object relations in psychoanalytic theory*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Grilo, M.C. și McGlashan, Th.H. (2005), „Course and outcome of personality disorders”, în Oldham J.M., Skodal A.E. și Bender D.S. (eds.), *Handbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington.
- Guisinger, S. și Blatt, S.J. (1994), „Individuality and relatedness : Evolution of fundamental dialect”, *American Psychologist*, nr. 49, pp. 104-111.
- Gunderson, J.G. ; Ronningstam, E. și Smith, L. (1991), „Narcissistic personality disorder : a review of data on DSM-III-R descriptions”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 167-177.
- Gunderson, J.G. ; Zanarini, M. și Kisiel, C. (1991), „Borderline personality disorders : a review of date on DSM-III-R descriptions”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 340-352.
- Gunderson, J.G. (1996), „Borderline patient's intolerance of aloneness : insecure attachments and therapist availability”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 153, pp. 752-758.
- Gunderson, J.G. (2000), „Psychodynamic psychotherapy for borderline personality disorder”, în Gunderson J.G. și Gabbard G.O. (eds.) *Psychotherapy for Personality Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 33-64.

- Gunderson, J.G. (2001), *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, American Psychiatry Press, Washington DC.
- Gunderson, J.G. et al. (2004), „Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 65, pp. 1049-1056.
- Gunderson, J.G. și Gabbard, G.O. (1999), „Making the care for psychoanalytic therapies in the current psychiatric world”, *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 47, pp. 679-703.
- Gunderson, J.G. și Philips, K.A. (1999), „A current view of the interface between borderline personality disorder and depression”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 148, pp. 967-975.
- Gunderson, J.G.; Links P.S. et al. (1991), „Competing models of personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 60-68.
- Gunderson, J.G.; Shea, M.T. et al. (2000), „The collaborative longitudinal personality disorders study: development, aims, design and sample characteristics”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14(4), pp. 300-315.
- Guther, T.G. (1982), „The psychology of psychopharmacology”, *Bulletin of Menninger Clinic*, nr. 461, pp. 321-330.
- Guther, T.G. și Havens, L.L. (1979), „The therapeutic alliance: contemporary meanings and confesions”, *International Review of Psychoanalysis*, nr. 6, pp. 467-481.
- Guze, S.B. et al. (1986), „A follow-up and family study of Brignet's syndrome”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 149, pp. 17-23.
- Hamann, B. (2004), *Cele douăsprezece arhetipuri. Semnul zodiacal și structura personalității*, Editura Mix, Brașov.
- Hamer, D. și Copeland, P. (1998), *Living with our genes*, Doubleday, New York.
- Hanser, Stuart T. și Safyer, Andrew W. (1995), „The contributions of Ego Psychology to Developmental Psychopathology”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 535-580.

- Hare, R.D. (1986), „Twenty Years of Experience with the Cleckley Psychopathy”, în Reis W.M. et al. (eds.), *Unmasking the Psychopathy*, W.W. Northon & Company, New York, Londra.
- Hare, R.D. (1986), *The Hare Psychopathy Checklist*, Multi Health Systems, Toronto.
- Hare, R.D. (1991), *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, Multi-Health System, Toronto.
- Hare, R.D. (1996), „Psychopaths and Their Nature: implication for the Mental Health and Criminal Justice Systems”, în Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 188-214.
- Harper, S. (1998), „The development of self-representations”, în Damon W. și Eisenberg N. (eds.), *Handbook of Child Psychology*, vol. III, *Social, Emotional and Personality Development*, Wiley, New York, pp. 553-617.
- Harris, J.R. (1998), *The Nurture Assumption*, Free Press, New York.
- Havens, L. (1989), *Safe Place*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Head, S. et al. (1991), „Family characteristics of dependent personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 256-263.
- Hegel, Georg și Wilhem, Friedrich (1965), *Fenomenologia spiritului*, Editura Academiei, București.
- Henderson, D.K. (1939), *Psychopathic States*, Norson, New York.
- Hersong, A.G. et al. (2002), „Quality of working alliance in psychotherapy: diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors”, *Psychoter. Psychosom.*, nr. 71, pp. 18-27.
- Hill, J.; Fudge, R. et al. (1989), „Adult personality functioning assessment (APFA): An investigator-based standardized interview”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 155, pp. 24-35.
- Himnowitz, P. et al. (1996), „Neuroleptic treatment of schizotypal personality disorders”, *Comprehensive Psychiatry*, nr. 27, pp. 267-271.
- Hirschfeld, R.; Shea, M. și Weise, R. (1991), „Dependent personality disorder: perspectives for DSM-IV”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 135-149.

- Behne, Kunst (1988), „Ernst Kretschmer's multidimensional psychiatry”, *Journal of Personality Disorder*, nr. 2 (1), pp. 28-35.
- Boffart, A. (1994), „State and personality in agoraphobia patients”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 8 (4), pp. 333-341.
- Bohland, P. (1993), „Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 168-181.
- Bohlander, E. (2001), „A preliminary double blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 62, pp. 199-203.
- Bohrer, J. (1939), *New ways in Psycho-analysis*, Kegan Paul, Londra.
- Bohrer, L.M. et al. (1988), „Inventory of interpersonal problems: psychosomatic properties and clinical applications”, *J. Consult. Clin. Psychol.*, nr. 6, pp. 885-892.
- Bohrer, M.J. (1977), „Structure and the processes of change”, în Horowitz M.J. (ed.), *Hysterical Personality*, Jason Aronson, New York, pp. 329-399.
- Bohrer, A. și Greenberg, L.S. (eds.) (1994), *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*, Wiley, New York.
- Bohrer, G.; Gross, G. și Schuttler, R. (1979), *Schizophrenie. Eine verlaufs un sozialpsychologische Langzeitstudie*, Springer, Berlin.
- Bohrer, E. (1994a), *Filosofia ca știință riguroasă*, Editura Paideia, București.
- Bohrer, E. (1994b), *Meditații carteziene*, Editura Humanitas, București.
- Bohrer, Carol E. și Harris, Paul (1995), „Emotional Development and Developmental Psychopathology”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 407-503.
- Bohrer, W. (1975), *Pragmatism*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Bohrer, W. (1980), *The principles of psychology*, Rover, New York.
- Bohrer, Bulman R. (1992), *Shattered Assumptions Toward a New Psychology of Trauma*, Free Press, New York.

- Janssens, L. (1999), „Particular Goods and Personalist Morals”, *Ethical Perspectives*, nr. 1.
- Jaspers, K. (1896), *Algemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin.
- Jensen, H.V. (1989), „An open noncomparative study of amoxepine in borderline disorders”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 79, pp. 89-93.
- John, O.P. și Srivestana, S. (1999), „The big five trait taxonomy: history, measurement and theoretical perspectives”, în Pervin A.L. și John Oliver P. (eds.) *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 102-138.
- Johnson, J.G. et al. (2000), „Difficulties in interpersonal relationship associated with personality disorders: A community based longitudinal investigation”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 42-56.
- Johnson, S. (1998), *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy: Creating Connection*, Brunner, Morel, New York.
- Johnson, S. (2002), *Emotionally Focused Couple Therapy for Trauma Survivors: Strengthening Attachment Bands*, Guilford Press, New York.
- Johnson, S. și Lebow, J. (2000), „The coming of age of couple therapy: a decade review”, *Journal of Marital Family Therapy*, nr. 26, pp. 23-38.
- Jung, C.G. (1984), *Dialectique du moi et de l'inconscient*, Gallimard, Paris.
- Kagan, J. (1994), *Galen's Prophecy*, Basic Books, New York.
- Kagan, J. et al. (1988), „Biological bases of Childhood shyness”, *Science*, nr. 240, pp. 167-171.
- Kalus, O.; Bernstein, D. și Siever, L. (1993), „Schizoid personality disorder: a review of current status and implications for DSM IV”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 43-52.
- Kant, I. (1969), *Critica Rațiunii Pure*, Editura, Științifică, București.
- Kant, I. (1978), *Critica Rațiunii Practice*, Editura Științifică, București.

- Kant, I. (1981), *Critica facultății de judecare*, Editura Științifică și Enciclopedică, București.
- Kant, Immanuel (2004), *Religia în limitele rațiunii pure*, Editura Humanitas, București.
- Kantrowitz, J.L. (1987), „Suitability for psychoanalysis”, *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy*, nr. 2, pp. 403-415.
- Karterud, S. et al. (2003), „Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17, pp. 243-262.
- Kavoussi, R.J. et al. (1994), „An open trial of sertraline in personality disorderes patients with impulsive aggression”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 55, pp. 137-141.
- Kavoussi, R.J. și Coccaro, E.F. (1994), „Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 59, pp. 676-680.
- Kelly, T. et al. (1992), „Can we study borderline patients: attrition from research and open treatment”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 6, pp. 417-433.
- Kendel, R. și Jablensky, A. (2003), „Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 160, pp. 4-12.
- Kendler, K.S. et al. (1995), „Schizotypal symptoms and signs in Roscommon Family Study”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 52, pp. 290-303.
- Kenrick, D.T. și Keefe, R.C. (1992), „Age preferences in mates reflect sex differences in reproductive strategies”, *Behavioral and Brain Sciences*, nr. 15, pp 75-133.
- Kernberg, O. (1983), *Severe personality disorders*, Yale University Press, New Haven CT.
- Kernberg, O. et al. (1989), *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*, Basic Books, New York.
- Kernberg, O.F. (1974), „Contrasting viewpoints reparting the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities: a pre-

- liminary communication”, *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 22, pp. 255-267.
- Kernberg, O.F. (1974), „Further contributions to the treatment of narcissistic personalities”, *Int. J. Psychoanal.*, nr. 55, pp. 215-240.
- Kernberg, O.F. (1984), *Severe Personality Disorders*, Yale University Press, New Haven.
- Kernberg, O.F. (1995), „Psychoanalytic object relations theories”, în Moore, F. și Fine, B., *Psychoanalysis: The Major Concepts*, Yale University Press, New Haven.
- Kerr, M. (2003), „Multigenerational family systems theory of Bowen and its application”, în Scholevar G.P. (ed.), *The Textbook of Family and Marital Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 103-126.
- Kety, S.S. (1983), „Mental illness in the biological and adaptive relatives of schizophrenic adoptees: findings relevant to genetic and environmental factors in the etiology”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 140, pp. 720-727.
- Kiesler, D.J. (1986), „The 1982 interpersonal circle: an analysis of DSM-III personality disorders”, în Millon T. și Klerman G.L. (eds.), *Contemporary Directions in Psychopathology: Toward the DSM-IV*, Guilford Press, New York.
- Kiesler, D.J. (1996), *Contemporary Interpersonal Therapy and Research*, Wiley, New York.
- Kircher, Tilo (2003), *David Anthony. The Self in Neuroscience and Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kircher, Tilo și David, Anthony (2003), „The Self”, în *Neuroscience and psychiatrie*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kirkegaard, S. (1846), *The present age*, Harper and Row, New York.
- Klein, D.H și Schwartz, J.E. (2002), „The relation between depressive symptoms and borderline personality disorder features over time in distimic disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 523-535.

- Klein, M. (1946/1975), *Notes on some schizoid mechanisms in Envy and Gratitude and Other Works*, Free Press, New York, pp 1-24.
- Klein, M.H. ; Wonderlich, S.A. și Crosby, R. (2001), „Self-concept corelates of personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (2), pp. 150-156.
- Koch, J.L. (1891), *Die Psychopatischen Mindervartigkeiten*, Maier, Ratensburg.
- Koenigsberg, H.W. et al. (1999), „Relationship between depression and borderline personality disorder”, *Depress Anxiety*, nr. 10, pp. 158-167.
- Koenigsberg, H.W. et al. (2000), *Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability*, Basic Books, New York.
- Koenigsberg, H.W. et al. (2003), „Risperidone in the treatment of schizotipal personality disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 64, pp. 628-634.
- Kohut, H. (1977), *The Restoration of the Self*, International University Press, New York.
- Kohut, H. (1984), *How does Analysis Cure ?*, University of Chicago Press, Chicago.
- Kool, S. et al. (2003), „Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders”, *Harvard Review Psychiatry*, nr. 11, pp. 133-141.
- Koran, L.M. (1999), *Obsessive-compulsive and related disorders in adults*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kraepelin, E. (1904), *Lectures on Clinical Psychiatry*, Wood Press, New York.
- Kraepelin, E. (1905), *Lectures on Clinical Psychiatry*, Baillière Tindall and Co, Londra.
- Kraft-Ebing, R. (1935), *Moral insanity: Its recognition and forensic assessment*, f.e.
- Kraft-Ebing, R. (1937), *Psychopathia sexualis*, Physicians and Surgeons Books, New York.
- Kretschmer, E. (1922), *Körperbau und Charakter*, Springer, Berlin.

- Kretschmer, E. (1926), *Hysteria*, Nervous and Mental Disease Publishers, New York.
- Kretschmer, E. (1930), *La structure du corps et le caractère*, Payot, Paris.
- Krueger, R.F. și Tackett, J.L. (2003), „Personality and psychopathology: working toward the bigger picture”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 109-128.
- Kunst, H. (1988), „Ernst Kretschmer's multidimensional psychiatry”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 2 (1), pp. 28-35.
- Kwapil, T.R. et al. (1997), „Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis: A practical replication”, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 106 (3), pp. 491-495.
- La Bruyère, Jean de (1966), *Caracterele sau moravurile acestui veac*, Editura pentru Literatură, București.
- Lalande, A. (1962), *Vocabulaire technique et critique de la Philosophie*, PUF, Paris.
- Lange, F. (1904), *Fanities*, f.e., Copenhaga.
- Lansky, M.R. (1986), „Marital therapy for narcissistic disorders”, în Jacobson N. și Gurman A. (eds.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*, Guilford Press, New York.
- Largo, R.H. et al. (1996), „Does a profound change in toilet - training effect development of bowl and bladder control?”, *Developmental Medicine and Child Neurology*, nr. 38, pp. 1106-1116.
- Lăzărescu, M. (1989), *Introducere în psihopatologia antropologică*, Editura Facla, Timișoara.
- Lăzărescu, M. (1994), *Eseu despre fințele intermediare*, Editura de Vest, Oradea.
- Lăzărescu, M. (1994), *Psihopatologie clinică*, Editura Helicon, Timișoara.
- Lăzărescu, M. (2002), *Psihiatrie, Sociologie, Antropologie*, Editura Brumar, Timișoara.
- Lăzărescu, M. (2004), *Despre Sărbători, Grădini și Logos*, Editura Brumar, Timișoara.

- Ăzărescu, M. (2006), „Tulburările de personalitate în perspectiva continuumului a relațiilor interpersonale și a modelului circumplex”, în A. Nireștean (ed.), *Tulburările de personalitate – interpretări doctrinare și condiții de comorbiditate*, Editura Universității, Târgu-Mureș.
- Le Doux, J. (1990), „Cognitive and emotional interactions in the brain”, *Cognition and Emotions*, nr. 3, pp. 265-289.
- Le Senne, R. (1946), *Traité de caractériologie*, PUF, Paris.
- Leaf, R.C.; Alington, D.E. et al. (1992), „Personality Disorders, underlying traits, social problems and clinical syndroms”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 6 (2), pp. 134-152.
- Leary, T. (1957), *Interpersonal Diagnosis of Personality: A Functional Theory and Methodology for Personality Evaluation I*, Ronald Press, New York.
- Leichsenring, P.G. și Leibing, E. (2003), „The effectiveness of psychodynamic therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 160, pp. 1223-1232.
- Leonhard, K. (1968), *Akzentuierte Persönlich Keiten*, Verlag Volk und Gesundheit, Berlin.
- Levinas, E. (1999), *Totalitate și infinit. Eseu despre exterioritate*, Editura Polirom, Iași.
- Levy, K.N. și Blatt, S.J. (1999), „Attachment theory and psychoanalysis: further differentiation within insecure attachment patterns”, *Psychoanalytic Inquiry*, nr. 19, pp. 541-575.
- Lewis, Appleby L. (1988), „Personality Disorder: the patients psychiatrists dislike”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 153, pp. 44-49.
- Lewis, M. (1997), *Alternating fate: Why the part does not predict the future*, Guilford Press, New York.
- Liebowitz, M.R. et al. (1986), „Phenazine in social phobia”, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 6, pp. 93-98.
- Linehan, M.M. (1993), *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.

- Linehan, M.M. (1993), *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.
- Linehan, M.M. (1997), „Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder”, *J. Calif. Alliance Ment.* vol. IV, nr. 8, pp. 44-46.
- Linehan, M.M. et al. (1991), „Cognitive-behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 48, pp. 1060-1064.
- Linehan, M.M. et al. (1993), „Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 971-974.
- Livesley, W.J. (1991), „Clasifying Personality Disorders: ideal Types, Prototypes or Dimensions?”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 52-59.
- Livesley, W.J. (2004), „Introduction to the special feature on recent progress in the treatment of personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (1), pp. 1-2.
- Livesley, W.J. și Jang, K.L. (2001a), „Toward an empirically based classification of personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 137-151.
- Livesley, W.J. (2001b), „Conceptual and Taxonomic Issues”, în Livesley W.J. (ed.), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 3-38.
- Livesley, W.J. (2003), *Personality Disorders: A Practical Approach*, Guilford Press, New York.
- Livesley, W.J. și Jackson, D.N. (2002), *Manual for the dimensional assesment of personality pathology*, M.I, Sigma Press, Port Huron.
- Livesley, W.J. și Jank, K.L. (1998), „Toward on empirical based clasification of personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 1437-1451.
- Livesley, W.J.; Jackson, D.H. și Schroeder, M.L. (1992), „Factorial structure of traits delimiting personality disorders in clinical and

- general population samples", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 101, pp. 423-440.
- Livesley, W.J. ; Jackson, D.M. și Schroeder, M.L. (1989), „A study of the factorial structure of personality pathology", *Journal of Personality Disorder*, nr. 3, pp. 292-306.
- Livesley, W.J. ; Jang, K.L. ; Jackson, D.N. et al. (1993), „Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorders", *American Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 1826-1831.
- Loevinger, J. (1966), „The meaning and measurement of ego development", *American Psychologist*, nr. 21, pp. 195-206.
- Loehlin, J.C. (1992), *Genes and environment in personality development*, CA Sage, Newbury Park.
- Loeber, A.W. et al. (1982), „Familial transmission of DSM-III borderline personality disorders", *Archives of General Psychiatry*, nr. 39, pp. 795-799.
- Loeber, A.W. et al. (1994), „The International Personality Disorder Examination", *Archives of General Psychiatry*, nr. 51, pp. 215-224.
- Loeber, L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy : A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Basic Books, New York.
- Loeber, D. et al. (1995), „Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems", *Psychiatric Clinics of North America*, nr. 18, pp. 467-485.
- Loeber, T.R. et al. (2003), „Dialectical behavior therapy for depressed older adults : a randomized pilot study", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, nr. 11, pp. 33-45.
- Loeber, M.J. ; Tyrer, P. et al. (1977), „Special feature : heuristic models of comorbidity of axis I and II disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (3), pp. 260-269.
- MacIntyre, A. (1998), *Tratat de Morală după Virtute*, Editura Humanitas, București.

- MacKenzie, K.R. (1999), „Personality Assessment in Clinical Practice", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 307-322.
- Maier, W. et al. (1999), „Schizophrenia spectrum disorders : a review", în M. Maj și N. Sartorius (eds.), *Schizophrenia*, Wiley, Chichester, pp. 311-371.
- Malinowsky, Rummel și R. Hansen, D. (1993), „Long-term consequences of physical abuse", *Psychol. Bull.*, nr. 114, pp. 68-69.
- Mann, J.J. (1998), „The neurobiology of suicide", *Nat. Med.*, nr. 4, pp. 425-430.
- Markovitz, P.J. și Wagner, S.L. (1995), „Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder", *Psychopharmacology Bulletin*, nr. 31, pp. 773-777.
- Markowitz, J.C. et al. (1998), „Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy?", *Journal of Psychotherapy Practical Resources*, nr. 7, pp. 185-192.
- Masters, W.H. et al. (1977), *Ethical issues in sex therapy and research*, Little Brown, Boston.
- Mattes, J.A. (1990), „Comparative effectiveness of carbamazepine and propranolol for rage outbursts", *J. Neuropsychiatry Clin. Sci.*, nr. 2, pp. 159-264.
- Matthews, G. ; Deary, I.J. și Whiteman, M.C. (2005), *Psihologia Personalității. Trăsături, Cauze, Consecințe*, Editura Polirom, Iași.
- Mattia, J.I. și Zimmerman, M. (1999), „Epidemiology", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, The Guilford Press, New York, pp. 107-123.
- Maudsley, H. (1888), *A Physiology and Pathology of Mind*, MacMillan, Londra.
- May, G. (1982), *Will and spirit*, Harper and Row, San Francisco.
- McAdams, Dan P. (1999), „Personal Narratives and the Life Story", în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 478-500.

- McCall, R.B. și Carriger, M.S. (1993), „A meta-analysis of infant habituation and recognition memory performance as predictors of later IQ”, *Child Development*, nr. 64, pp. 57-79.
- McCord, W. și McCord, J. (1964), *The Psychopath: an essay on the criminal mind*, Von Nostrand, Princeton, New York.
- McCrae, R.R. și Costa, P.T. Jr. (1997), „Personality trait structure as a human universal”, *American Psychologist*, nr. 52, pp. 509-516.
- McCrae, Roberet R. și Costa Paul T Jr. (1999), „A Five-Factor Theory of Personality”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 139-153.
- McDavid, J.D. și Pilkonis, P.A. (1996), „The stability of personality disorder diagnosis”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 10 (1), pp. 1-15.
- McDermut, W. și Zimmerman, M. (2005), „Assessment Instruments and Standardized Evaluation”, în Oldham J.M., Skodol A.E. și Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 89-101.
- McGlashan, T. (1986), „Schizotypal personality disorder: Chestnut Lidge, follow-up study VI. Longterm follow-up perspectives”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 328-334.
- McPherson, K. (1994), „The best and the enemy of the good: randomized controlled, uncertainty and assessing the role of patients choice in medical decision making”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, nr. 48, pp. 6-15.
- Millon, F.; Simonsen, E.; Birket, Smith M. și Davis, R.D. (1998), *Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behavior*, Oxford University Press, Oxford.
- Millon, T. (1981), *Disorders of Personality: DSM III, Axis II*, Wiley, New York.
- Millon, T. (1983), *Millon clinical multiaxial inventory. Manual for the MCMI*, National Computer System, Minneapolis.

- Millon, T. (1989), *Modern psychopathology: A biological approach to maladaptive learning functioning*, W.B. Saunders, Philadelphia.
- Millon, T. (1990), *Toward a new personology*, Wiley, New York.
- Millon, T. (2000a), „Reflections on the future of DSM Axis III”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 30-41.
- Millon, T. (2000b), „Sociocultural conceptions of the borderline personality”, *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 123-136.
- Millon, T. (2001), „Reflections on the Future of DSM Axis II”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 30-41.
- Millon, T. et al. (1998), *Psychopathy*, The Guilford Press, New York.
- Millon, T. și Davis R.D. (1998), „Ten Subtype of Psychopathy”, în Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 161-170.
- Millon, T. și Davis, R.D. (1998), „Ten Subtypes of Psychopathy”, în Millon T. et al. (eds.), *Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behavior*, Oxford University Press, Oxford, pp. 161-171.
- Millon, T.; Meagher, S.E. și Grossman, S.D. (2001), „Theoretical perspectives”, în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 39-59.
- Millon, T.; Millon, C. și Davis, R. (1994), *MCMI-III Manual*, National Computer System, Minneapolis.
- Millon, T.; Simonsen, E.; Birket-Smith, M. și Davias, R.D. (1998), „Historical Conception of Psychopathy in the United States and Europe”, în Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 3-31.
- Millon, T. și Davis, R. (1995), „Development of Personality Disorders”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. II, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 633-675.
- Mischel, W. (1986), *Introduction to Personality: A New Book*, Holt, Rinehart and Winston, New York.

- Mischel, Walter și Shoda, Yuich (1999), „Integrating Dispozitions and Processing. Dynamics within a Unified Theory of Personality. The Cognitive-Affective Personality System”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 197-218.
- Monroe, S.M. și Simons, A.D. (1991), „Diathesis-stress theories in the context of life stress research”, *Psychofarmacology Bulletin*, nr. 110, pp. 406-425.
- Montgomery, S.A. și Montgomery, D. (1982), „Pharmacologic prevention of suicidal behavior”, *Journal of Affective Disorders*, nr. 4, pp. 291-298.
- Morel, B.A. (1852), *Traité théorique et pratique des maladies mentales*, Baillière, Paris.
- Morey, L.C. et al. (2002), „The representation of borderline, avoidant, obsessive-compulsive and schizotipal personality disorder by the five factor model”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (3), pp. 215-234.
- Mounier, E. (1969), *Le Personalisme*, PUF, Paris.
- Mounier, E. (1969), *Oeuvre*, vol. II, *Traité du Caractère*, Seuil, Paris.
- Mounoud, P. (1990), „Consciousness as a necessary transitional phenomenon in cognitive development”, *Psychological Inquiry*, nr. 1, pp. 253-258.
- Munroe-Blum, H. și Marziali, E. (1995), „A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 9, pp. 190-198.
- Murray, H. (1938), *Exploration in Personality*, New York University Press, New York.
- Neugarten, B.L. (1968), „Age norms, age constraints and adult socialization”, în B.L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging : A leader in social psychology*, University of Chicago Press, Chicago.
- Nietzsche, F. (1991), *Dincolo de bine și de rău*, Editura Humanitas, București.
- Nigg, J.T. și Goldsmith, H.H. (1998), „Developmental psychopathology personality and temperament : Reflections on recent behavior genetic research”, *Human Biology*, nr. 70, pp. 387-412.

- Nireștean, A. (1995), *Repere clinico-evolutive și terapeutice în stările psihopatoide*, teză de doctorat.
- O'Leary, K.M. (2000), „Neuropsychological testing results”, *Psychiatric Clinics of North America*, nr. 423, pp. 1-10.
- Oldham, J.M. (2005), „Personality Disorders: Recent History and Future Directions”, în Oldham J.M., Skodol A.E. și Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 3-16.
- Oldham, J.M. et al. (1995), „Comorbidity of Axis I and Axis II disorders”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 152, pp. 571-578.
- Oldham, J.M. et al. (2001), „Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 158 (supliment).
- Oldham, J.M. și Skodal, A.E. (2000), „Charting the Future of Axis II”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 17-29.
- Oldham, J.M. ; Skodal, A.E. et al. (1995), „Comorbidity of Axis I and Axis II disorders”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 152, pp. 571-578.
- Orlinsky, D.A. et al. (1994), „Process and outcome in psychotherapy : Noch einmal”, în Bergin A.E. și Garfield S.L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, New York, pp. 270-376.
- Ornstein, P.H. (1998), „Psychoanalysis of patients with primary self-disorder : a self psychological perspective”, în Ronningstam E.F. (ed.), *Disorders of Narcissism : Diagnostic, Clinical and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 147-161.
- Owen, M.J. et al. (1997), „Association studies in psychiatric genetics”, *Molecular Psychiatry*, nr. 2, pp. 270-273.
- Ozer, D.J. (1999), „Four Principles for Personality Assesment”, în L.A. Pervin și O.P. John (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 671-688.
- Padesky, C.A. și Greenberger, D. (1995), *Clinician's guide to mind over mood*, The Guilford Press, New York, Londra.

- Paris, J. (1996), *Social Factors in Personality Disorders*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Paris, J. (1997), „Childhood trauma as an ethiological factor in the personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 11, pp. 34-39.
- Paris, J. (1998), „Biopsychosocial Model of Psychopathy”, în Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 277-290.
- Paris, J. (1999), *Nature and Musture in Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Paris, J. (2003), „Personality disorders over time: precursors, course and outcome”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (6), pp. 479-488.
- Paris, J. (2003), *Personality Disorders Over Time*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- Parker, G. et al. (2002), „Defining Disordered Personality Functioning”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 503-522.
- Parker, G. ; Hadzi, Pavlovic D. et al. (2000), „Modeling and measuring the person disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (3), pp. 189-198.
- Partridge, G.E. (1930), „Personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 1053.
- Patterson, G. (1982), *Coercive Family Process: A Social Learning Approach to Family Intervention*, vol. III, Castalia Publications, Sugene OP.
- Perry, J.C. (1995), „Dependent personality disorder”, în Gabbard G.O. (ed.), *Treatment of Psychiatric Disorders*, vol. II, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 2355-2366.
- Perry, J.C. și Bond, M. (2000), „Empirical studies of psychotherapy for personality disorders”, în Gunderson J.G. și Babbard G.O. (eds.), *Psychotherapy for Personality Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 1-31.

- Perry, J.C. și Vaillant, G.E. (1985), „Personality disorders”, în Kaplan H.J. și Sadock B.J. (1985), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 1352-1395.
- Pervin, L.A. (1996), *The science of personality*, Wiley, New York.
- Pervin, L.A. (ed.) (1990), *Handbook of personality: Theory and research*, Guilford Press, New York.
- Pfohl, B. (1991), „Hystrionic personality disorder: a review of available data and recomandations for DSM-IV”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 150-166.
- Pfohl, B. et al. (1986), „DSM III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM III criteria”, *Comprehensive Psychiatry*, nr. 27, pp. 21-34.
- Phillips, K.A. ; Shea, T. et al. (2001), „The relationship between comorbid personality disorders and treatment received in patients with anxiety disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 15 (2), pp.157-167.
- Phillips, K.A. (2005), „Schizophrenia and narrative self”, în T. Kircher și A. David (eds.), *The Self*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 319-335.
- Piaget, J. (1952), *The origins of intelligence in children*, International University Press, New York.
- Piaget, J. și Inhelder, B. (1970), *Psihologia copilului*, Editura Didactică și Pedagogică, București.
- Pike, A. et al. (1996), „Family environment and adolescent depressive symptoms and antisocial behavior. A multivariate genetic analysis”, *Developmental Psychology*, nr. 32 (4), pp. 590-603.
- Pinderhughes, E. (1989), *Understanding Race, Ethnicity and Power*, Free Press, New York.
- Pinel, P. (1962), *A treatise on insanity*, Hofner, New York.
- Piper, W.E. și Ogrodniczuk, J.S. (2004), „Brief Group Therapy”, în De Lucia Waack J., Gerritij D.A., Halodner C. (eds.) et al., *Handbook*

- of *Group Counseling and Psychotherapy*, Sage Publications, Beverly Hills, CA, pp. 641-650.
- omin, R. (1983), „Childhood temperament”, în B. Lahey și A. Kazdin (eds.), *Advances in clinical child psychology*, vol. VI, Plenum Press, New York, pp. 45-92.
- omin, R. et al. (1997), *Behavioral Genetics*, ediția a treia, Freeman, New York (ediția a patra, 2001).
- ntoppidan, K. (1895), *Psichiatriken forelaesninger of studier II*, T. Find, Copenhaga.
- pa, V. (2005), *Drept civil. Partea generală. Persoanele*, Editura All Beck, București.
- pper, K. (1960), *The logic of scientific discovery*, Hutchinson, Londra.
- pper, K. (1997), *Cunoașterea și problema corp-minte*, Editura Trei, București.
- pper, K. și Eccles, J.C. (1977), *The Self and its Brain*, Springer, Heidelberg.
- orter, R. (1987), *Mind - forg'd manacles : a history of madness in England from the Restoration to the Regency*, Athlone Press, Londra.
- ostel, J. și Quetel, C. (1983), *Nouvelle histoire de la Psychiatrie*, Privat, Toulouse.
- otter, N.N. (2006), „What is manipulative behaviour anyway”, *Journal of Personality Disorder*, nr. 20 (2), pp. 139-156.
- acker, H. (1968), *Transference and Countertransference*, International University Press, New York.
- aine, J. et al. (2000), „Reduced prefrontal gray matter and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 37, pp. 119-127.
- ao, V. (1975), *In World History of Psychiatry*, Baillière-Tindall, Londra.
- athus, J.H. și Miller, A.C. (2002), „Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents”, *Suicide Life Threatening Behavior*, nr. 32, pp. 146-157.

- Reich, J. (2003), „The effect of axis disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders : a review”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (5), pp. 387-405.
- Reich, W. (1925), *Die Triebhafte Charakter*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig.
- Reiss, D. et al. (2000), *The Relationship Code*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Reist, C. et al. (2003), „Impulsive-aggressive behavior : open label treatment with citalopram”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 64, pp. 81-85.
- Renolds, C.F. et al. (1999), „Nortriptiline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression : a randomized controlled trial in patients older than fifty-nine years”, *JAMA*, nr. 281, pp. 39-45.
- Ricoeur, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris.
- Ricoeur, P. (1999), „Approaching the Human Person”, *Ethical Perspectives*, vol. VI, nr. 1, pp. 45-54.
- Rifkin, A. et al. (1972), „Lithium carbonate in emotionally instable character disorder”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 27, pp. 519-523.
- Rind, B. și Tromofovitch, P. (1997), „A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuse”, *J. Sex. Res.*, nr. 34, pp. 237-255.
- Rinne, T. et al. (2000), Serotonergic blunting to meta-chlorophenylpiperazine (m-CPP) highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and autoaggressive female borderline patients”, *Biological Psychiatry*, nr. 47, pp. 548-556.
- Rinne, T. et al. (2002), „SSRI treatment of borderline personality disorder : a randomized placebo controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 159, pp. 2048-2054.

- Roberts, B.W. și Helson, R. (1997), „Changes in culture, changes in personality. The influence of individualism in a longitudinal study of woman”, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 72, pp. 641-651.
- Robins, C.J. și Chapman, A.L. (2004), „Dialectical behavior therapy : current status, recent developments and future directions”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 18, pp. 73-89.
- Robins, J. (1986), *Fods and Mad : A history of the insane in Ireland*, Institute of Public Administration, Dublin.
- Robins, L. (1966), *Deficient children grown up*, Williams & Wilkins, Baltimore.
- Robins, L.N. și Regier, D.A. (eds.) (1991), *Psychiatric Disorders in America*, Free Press, New York.
- Robins, Richard W; Norem, Julie K. și Check, Jonathan M. (1999), „Naturalizing the Self”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 443-477.
- Ronningstam, E. (1998), *Disorders of Narcissism : Clinical and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, Washington.
- Rosen, D. et al. (2001), „The group – as a whole relations model of group psychotherapy”, *Bull. Mann. Clin.*, nr. 65, pp. 471-488.
- Rothbard, J.C. și Shaver, P.R. (1994), „Continuity of attachment across the life span”, în Sperling M.B., Berman W.H. (eds.) (1998), *Attachment in Adults : Clinical and Developmental Perspectives*, Wiley, New York, pp. 105-176.
- Rothhart, Mary K. ; Pasner, Michael și Herstey, Karen L. (1995), „Temperament, Attention and Developmental Psychopathology”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 305-342.
- Rothschild, L. și Zimmermann, M. (2002), „Personality disorders and the duration of depressive episode : a retrospective study”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (4), pp. 293-300.
- Rowe, D.C. (1981), „Environmental and genetic influences on dimensions of permised percenting : A twin study”, *Developmental Psychology*, nr. 17, pp. 203-208.

- Rush, B. (1962), *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*, New York Academy of Medicine, Hafner, New York.
- Rutan, J.S. și Stone, W.N. (2001), *Psychodynamic Group Psychotherapy*, Guilford Press, New York.
- Rutter, M. (1985), „Resilience to the Face of Adversity. Protective factors and Resilience to Psychiatric Disorder”, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 147, pp. 595-611.
- Rutter, M. (1987), „Temperament, personality and personality disorder”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 443-458.
- Rutter, M. și Quinton, D. (1984), „Parental psychiatric disorders : effects on children”, *Psychol. Med.*, nr. 14, pp. 853-880.
- Ryan, Richard M. ; Edward, L. și Wondy, S. (1995), „Autonomy, Relatedness and the self: Their Relation to Developmental and Psychopathology”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York.
- Ryle, A. (1997a), „The structure and development of borderline personality disorder : a proposed model”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 170, pp. 82-87.
- Ryle, A. (1997b), *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder*, Wiley, Chichester.
- Samuel, D. și Widiger, T.A. (2004), „Clinicians personality descriptions of prototypic personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (3), pp. 280-308.
- Samuel, D.B. și Widiger, T.A. (2004), „Clinicians' personality description of prototypic personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (3), pp. 258-308.
- Sandler, J. (1981), „Character traits and object relationships. Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy”, în Livesley J. (ed.), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 359-376.
- Sanford, R.N. (1982), *The American College*, Wiley, New York.

- Sapir, E. (1934), „Personality”, *Encyclopedia of the Social Sciences*, nr. 12, pp. 85-88.
- Saposnek, D.T. (1980), „Aikido: A model for brief strategic therapy”, *Family Process*, nr. 19, pp. 227-238.
- Sartorius, C. et al. (1993), „Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 115-124.
- Saudino, K.J. și Plomin, R. (1997), „Cognitive and temperamental mediators of genetic contributions to the home environment during infancy”, *Merrill-Palmer Quarterly*, nr. 43, pp. 1-23.
- Schurtz, S.C. et al. (1999), „Olanzapine safety and efficacy in patient with borderline personality disorder and comorbid dystimia”, *Biological Psychiatry*, nr. 46, pp. 1429-1435.
- Schlesinger, H. (2005), *Endings and Beginnings*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Schneider, K. (1923), *Psychopathic Personalities*, Cassel, Londra.
- Schneider, K. (1928), *Die Psychopathischen Persönlichkeiten*, Springer, Berlin.
- Schrenck-Notzing, A. von (1895), *Hypnotismus*, Vogel, Leipzig.
- Schulsinger, F. (1972), „Psychopathy heredity and environment”, *International Journal of Mental Health*, nr. 1, pp. 190-206.
- Shapiro, D. (1965), *Neurotic styles*, Basic Books, New York.
- Shea, M.T. (1993), „Psychosocial Treatment of Personality Disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 7 (supliment), pp. 167-180.
- Shea, M.T. et al. (1990), „Personality disorder and treatment outcome in the NIMH. Treatment of Depression Collaborative Research Program”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 147, pp. 711-718.
- Shea, M.T. și Yen, S. (2003), „Stability as a distinction between axis I and axis II disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (5), pp. 373-386.

- Sheard, M.H. et al. (1976), „The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 133, pp. 1409-1413.
- Sholevar, G.P. și Schwoeri, L.D. (2003a), „Family therapy with personality disorders”, în Sholevar G.P. (ed.), *Textbook of Family and Couples Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 715-723.
- Sholevar, G.P. și Schwoeri, L.D. (2003b), „Techniques of family therapy”, în Sholevar G.P. (ed.), *Textbook of Family and Couples Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 225-250.
- Shopshire, M.S. și Craik, K.N. (1996), „An act based conceptual analysis of the obsessive-compulsive, paranoid and hysterical personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 19, pp. 203-218.
- Shweder, R.A. (1991), *Thinking through cultures. Expeditions in cultural psychology*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Siever, L.J. ; Bernstein, D. și Silverman, J. (1991), „Schizotypal personality disorder: a review of its current status”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 178-193.
- Siever, L.J. (1998), „Neurobiology in Psychopathy”, în Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 231-246.
- Siever, L.J. și Davis, K.L. (1991), „A psychobiological perspective on the personality disorders”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 148, pp. 1647-1658.
- Sjobring, H. (1962), *La Personnalité, Structure et développement*, Doin, Paris.
- Skodol, A.E. (2005), „Manifestations, Clinical Diagnosis and Comorbidity”, în Oldham J.M., Skodol A.E. și Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 57-87.

- scodol, A.E. (1997), „Classification, assesment and diferential diagnosis of personality disorders”, *Journal of Practical Psychology, Behavior and Health*, nr. 3, pp. 261-274.
- Smith, G.E. et al. (2001), „An intensive outpatient program for patients with borderline personality disorder”, *Psychiatric Services*, nr. 52, pp. 532-533.
- Smith, G.E. (1916), „Shock and the soldier”, *Lancet*, nr. 1, pp. 853-857.
- Soloff, P.H. (2000), „Psychopharmacological treatment of BPD”, *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 169-192.
- Soloff, P.H. et al. (1986), „Progress in pharmacotherapy of borderline disorders”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 691-697.
- Soloff, P.H. et al. (1989), „Amitriptiline vs haloperidol in borderlines : final outcomes and predictors of response”, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 9, pp. 238-246.
- Soloff, P.H. et al. (1993), „Efficacy of phenalzine and haloperidol in borderline personality disorder”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 377-385.
- Solomon, J. și George, C. (1999), *Attachement Disorganization*, Guilford Press, New York.
- Sonne, J.C. și Swirsky, D. (1986), „Self-object considerations in marriage and marital therapy”, în Sholevar G.P. (ed.), *Handbook of Marriage and Marital Therapy*, Pergamon, Elmaford NY, pp 77-102.
- Spinetta, J. (1987), *Le visage, reflet de l'âme*, Douglas, St. Jean-De-Braye.
- Sprock, J. (2002), „A comparative study of the dimension and facets of the five factor model in the diagnosis of cases of personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (5), pp. 402-423.
- Stamenov, M.I. (2003), „Language and self-consciousnes; models of self-presentation in language structure”, în T. Kircher și A. David (eds.), *The Self*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 76-106.
- Standinger, U.M.; Marsiske, M. și Baltes, P.B. (1995), „Resilience and reserve capacity in later adult hood : potentials and limits of

- development across life span”, în Cicchetti D. și Cohen D.J. (eds.), *Developmental psychopatology*, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 753-800.
- Stanley, B. (2001), „Skills training as an adjunctive treatment for personality disorders”, *Journal of Psychiatric Practice*, nr. 7, pp. 324-335.
- Stăniloae, D. (1987), *Chipul nemuritor al lui Dumnezeu*, Editura Mitropoliei Olteniei.
- Stegler, R.S. (1991), *Children's Thinking*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Stein, D.J. et al. (1995), „An open trial of valproate in borderline personality disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 56, pp. 506-510.
- Stern, W. (1936), *Allgemaine Psychologie*, f.e., Amsterdam.
- Stevens, A. (1994), *Jung*, Editura Humanitas, București.
- Stone, M.H. (2001), „Natural history and long term outcome”. în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 259-276.
- Strupp, H.H. și Binder, J.L. (1984), *Psychotherapy in a New Key : A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- Stürup, G.K. (1968), *Treating the untreatable*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Suler, J.R. (1989), „Paradox in psychological transformations. The ZEN Koan and psychotherapy”, *Psychologia*, nr. 32, pp. 221-229.
- Sullivan, H.S. (1953), *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, W.W. Norton, New York.
- Sulloway, F.J. (1998), *Born to Rebel : family conflict and radical genius*, Pantheon, New York.
- Symons, D. (1992), „On the use and misuse of Darwinism in the study of human behavior”, în J. Barkow, L. Cosmides și J. Tooby (eds.), *The adapted mind*, Oxford University Press, Oxford, pp. 137-159.
- Taylor, S. și Goritsas, E. (1994), „Dimensions of identity diffusion”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 8 (3), pp. 229-239.

- Teicher, M.H. *et al.* (1989), „Open assessment of the safety and efficacy of thioridazine in the treatment of patients with borderline personality disorders”, *Psychopharmacology Bulletin*, nr. 25, pp. 535-549.
- Teofrast (1966), „Caracterele”, în La Bruyère Jean de, *Caracterele sau moravurile acestui veac*, Editura pentru Literatură, București, pp. 25-76.
- Tesser, A. (1993), „The importance of heritability in psychological research: The case of attitudes”, *Psychological Review*, nr. 100, pp. 129-142.
- Tickle, T.; Heathertone, T.F. și Witemberg, L.G. (2001), „Can personality change?”, în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 242-259.
- Torgersen, S. (2005), „Epidemiology”, în Oldham J.M., Skodol A.E. și Bender D.S. (eds.) (2005), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 129-140.
- Turner, S.M. *et al.* (1986), „Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder”, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 95, pp. 389-394.
- Uttman, S. (1990), „Principles of Psychoanalytic group therapy applied to the treatment of borderline and narcissistic disorders”, în Roth B.E., Stone W.N. și Kibel H.D. (eds.), *The Difficult Patient in Group: Group Psychotherapy With Borderline and Narcissistic Disorders*, International Universities Press, Madison CT, pp. 7-29.
- Tyrer, M.R. *et al.* (1988), „Comorbidity of borderline personality disorder”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 45, pp. 348-352.
- Tyrer, P. (1993), „Comorbidity or consanuity”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 168, pp. 669-671.
- Tyrer, P. (2000), *Personality Disorders: Diagnosis, Management and Course*, Butterworth and Co, Weight.
- Tyrer, P. (2002), „Nidotherapy: a new approach to the treatment of personality disorder”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 105, pp. 469-471.
- Tyrer, P. (2004), „Comorbidity of personality and mental state disorders” în Tyrer P. (ed.), *Personality Disorders*, Butterworth Heineman, Oxford, pp. 88-89.

- Tyrer, P. (2005), „Medical settings”, în Oldham J.M., Skodol A.E., Bender D.S. (eds.) (2005), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 607-619.
- Tyrer, P. *et al.* (2003), „Treatment-rejecting and treatment-seeking personality disorders. Type R and Type S”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17, pp. 265-270.
- Tyrer, P. și Alexander, J. (1979), „Classification of personality disorder”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 135, pp. 163-167.
- Tyrer, P. și Cicchetti, D. (2000), „Personality Assessment Schedule”, în Tyrer P., *Personality Disorders*, Wright, Butterworth and Co, Londra, pp. 51-70.
- Tyrer, P. și Davidson, K. (2000), „Cognitive therapy for personality disorders”, în Gunderson J.G. și Gabbard G.O. (eds.), *Psychotherapy in Personality Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 131-149.
- Tyrer, P. și Seivewright, H. (2000), „Outcome of personality disorder”, în Tyrer P. (ed.) (2000), *Personality Disorders*, Butterworth Heineman, Oxford.
- Tyrer, P. și Simmonds, S. (2003), „Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 182(supliment), pp.15-18.
- Tyrer, P. și Steinberg, D. (1993), *Models for Mental Disorders*, John Wiley & Sons, New York.
- Tyrer, P.; Gunderson, J.; Lyons, M. și Tohen, M. (1997), „Special feature: extent of comorbidity between mental state and personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (3), pp. 242-289.
- Tyrer, P.; Seivewright, H. și Johnson, T. (2003), „The core elements of neurosis: mixed anxiety depression (cotymia) and personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 129-138.
- Vaillant, G.E. (1976), „Natural history of male psychological health: The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 33, pp. 535-545.

- Millant, G.E. (1987), „Developmental view of old and new perspectives of personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 1 (2), pp. 146-156.
- Millant, G.E. și Vaillant, L.M. (1999), „The role of Ego mechanism of defense in the diagnosis of personality disorders”, in Barron J. (ed.), *Making Diagnosis. Enhancing Evaluation and Treatment of Personality Disorders*, American Psychological Association, Washington DC, pp. 139-158.
- van Velzen, C.J.M. și Emmelkamp, P.M.G. (1996), „The assessment of personality disorder: implications for cognitive and behavior therapy”, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 34, pp. 655-668.
- Preycken, J.; Vertommen, H. et al. (2002), „Authority conflicts and personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (1), pp. 41-51.
- Quilrath, M.; Alnaies, R. et al. (1995), „Coping styles predict change in personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 9 (4), pp. 371-385.
- Walker, N. (1968), *Crime and Insanity in England*, vol. I, *The historical perspective*, University Press, Edinburgh.
- Waters, E. et al. (2000), „Attachment security in infancy and early adulthood: a longitudinal study”, *Child Development*, nr. 71, pp. 684-689.
- Wéber, M. (1993), *Etica protestantă și spiritual capitalismului*, Editura Humanitas, București.
- Weissman, M.M. (1993), „The epidemiology of personality disorders: a 1990 update”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 44-62.
- Weissman, M.M. et al. (2000), *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- Weisz, J.R.; Eastman, K.L. și McCarty, C.A. (1996), „Primary and secondary control, in East Asia: Comments on Oerter et al. (1996)”, *Culture and Psychology*, nr. 2, pp. 63-76.
- Westen, D. și Gabbard, G. (2002), „Developments in cognitive neuroscience II: implications for theories of transference”, *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 50, pp. 99-134.

- Westen, D. și Muderrisoglu S. (2003), „Assessing personality disorders using a systematic clinical interview”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (4), pp. 351-369.
- Westen, D. și Muderrisoglu, S. (2003), „Assessing personality disorders using a systematic clinical interview: evaluation of an alternative to structured interview”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (4) pp. 351-369.
- Westen, D. și Shedler, J. (2000), „A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-IV”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 109-126.
- Westen, Drew și Goddbard, Glenn O. (1999), „Psychoanalytic Approaches of Personality”, in Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 57-101.
- Widiger, T.A. (1990), „Depressive personality traits and dysthymia: a commentary on Ryder and Bagy”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 13 (2), pp. 135-141.
- Widiger, T.A. (1991a), „Definition, diagnosis and differentiation”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 41-51.
- Widiger, T.A. (1991b), „Personality Disorder Dimensional Models Proposed for DSM-IV”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (4), pp. 386-398.
- Widiger, T.A. (1992), „Categorical versus dimensional classification: implications from and for research”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 6 (4), pp. 287-300.
- Widiger, T.A. (2000), „Personality Disorders in the 21-st Century”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 3-16.
- Widiger, T.A. (2003), „Personality Disorder and Axis I Psychopathology, the problematic Boundary of Axis I and Axis II”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 90-108.
- Widiger, T.A. și Lynam, D.R. (1989), „Psychopathy and the Five-Factor model of Personality”, in Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 171-187.

- diger, T.A. și Mullins, Sweat S.N. (2005), „Categorical and Dimensional Models of Personality Disorders” în Oldham J.M., Skodol A.E. și Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 35-55.
- diger, T.A. și Weissman, M.M. (1991), „Epidemiology of borderline personality disorder”, *Hospital Community Psychiatry*, nr. 42, pp. 1015-1021.
- diger, Thomas A. și Verheul, Roel (1999), „Personality and Psychopathology”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 347-366.
- ggins, J.S. și Trobst, K.K. (1999), „The field of interpersonal behaviours”, în A.L. Pervin, O.P. John (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 653-670.
- ggins, O.P. și Schwartz, M.A. (1991), „Research into Personality Disorders: the alternatives of dimensions and ideal type”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 69-81.
- lberg, T. *et al.* (1998), „Outcomes of pearly functioning patients with personality disorders in a day treatment program”, *Psychiatric Services*, nr. 49, pp. 1562-2567.
- lcox, J.A. (1995), „Divalproex sodium as a treatment for borderline personality disorder”, *American Clinical Psychiatry*, nr. 7, pp. 33-37.
- nston, A. *et al.* (1994), „Short-term psychotherapy of personality disorders”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 151, pp. 190-194.
- nter, David G. și Barenbaum, Nicole B. (1999), „History of Modern Personality Theory and Research”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 3-30.
- tgenstein, L. (2004), *Cercetări filosofice*, Editura Humanitas, București.
- tzig, R. (1996), „The medicalization of race: scientific legitimization of a flawed social construct”, *Ann. Intern. Med.*, nr. 125, pp. 675-679.

- Wolin, S. și Bennett, L. (1984), „Family rituals”, *Fam. Process.*, nr. 23, pp. 401-420.
- Yalom, I.D. (1995), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- Yeomans, F.E. *et al.* (2002), *A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*, Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Young, J.E. (1994), *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*, Practitioner's Resource Series, Professional Resource Press, Sarasota, Florida.
- Young, J.E. *et al.* (2001), „Cognitive Therapy for depression”, în Barlow D. (ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 264-308.
- Young, J.E. *et al.* (2003), *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, Guilford Press, New York.
- Zanarini, M.C. (2005), *Borderline Personality disorders*, Taylor and Frawley, Boca Raton FL.
- Zanarini, M.C. (1993), „Borderline personality as an impulsive spectrum disorder”, în Paris J. (ed.), *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 67-86.
- Zanarini, M.C. (2000), „Childhood experiences as associated with the development of BPD”, *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 89-101.
- Zanarini, M.C. și Frankenburg, F. (2001), „Olanzapine treatment of female borderline patients: a double blind placebo controlled pilot study”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 62, pp. 849-854.
- Zanarini, M.C. și Frankenburg, F.R. (1997), „Pathways to the development of borderline personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 11, pp. 93-104.
- Zanarini, M.C.; Gunderson, J.G.; Frankenburg, F.R. și Chauncey, D.L. (1989), „The Revised Diagnostic Interview for Borderlines – DIB”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 3, pp. 10-18.

- marini, M.C. ; Skodal A.E. *et al.* (2000), „The collaborative longitudinal personality disorders study: reliability of axis I and axis II diagnoses”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (4), pp. 291-299.
- itzel, E. (1968), „The so-called good hysteric”, *International Journal of Psycho-Analysis*, nr. 49, pp. 256-260.
- mmerman M. *et al.* (1986), „ECT response in depressed patients with and without a DSM-III personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 143, pp. 1030-1032.
- anner, J. (1976), „The implications of projective identification”, în Grunebaum H. și Christ, J. (eds.), *Contemporary Marriage for Marital Interaction in Structure, Dynamics and Therapy*, Little Brown, Boston, MA, pp. 293-308.
- bin, J. și Spring, B. (1977), „Vulnerability – A new view of schizophrenia”, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 88, pp. 103-126.
- ckerman, M. (1999), *Vulnerability to Psychopathology*, American Psychiatric Publication, Washington.
- roff, D.C. ; Stotland, S. ; Sweetman, E. ; Craig, J. și Koestner, R. (1995), „Dependency, self-criticism and social interaction”, *British Journal of Clinical Psychology*, nr. 34, pp. 543-553.
- * American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*, Washington DC.
- * American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington DC.
- * World Health Organisation (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, WHO, Geneva.

În colecția Psihologie clinică și psihoterapie

au apărut :

- José Guimón – *Introducere în terapiile de grup. Teorii, tehnici, programe*
- José Guimón, Béatrice Weber-Rouget – *Terapii scurte de grup. Comportamente și ilustrări clinice*
- Șerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*
- Șerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote – *Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice*
- Daniel Marcelli, Élise Berthaut – *Depresie și tentative de suicid la adolescență*
- Mircea Lăzărescu, Aurel Nireștean – *Tulburările de personalitate*

în pregătire :

- Gavin Andrews, Mark Creamer, Rocco Crino, Caroline Hunt, Lisa Lampe, Andrew Page – *Psihoterapia tulburărilor anxioase. Ghid practic pentru terapeuți și pacienți*

- Friedlander, K. (1945), „Formation of the antisocial character”, *Psycho-analytic Study of the Child*, nr. 1, pp. 189-203.
- Fromm, E. (1942), *Fear of Freedom*, Routledge, Londra.
- Fromm, E. (1973), *The anatomy of human destructiveness*, Holt, Rinehard and Winston, New York.
- Gabbard, G.O. (1983), „Further contributions to the understanding of stage fright : Narcissistic issues”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, nr. 31, pp. 423-441.
- Gabbard, G.O. (2000), „Psychoanalysis”, în Kaplan H.I. și Sadock B.J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. I, Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 431-478.
- Gabbard, G.O. (2000), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice : The DSM-IV Edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Gabbard, G.O. (2004), *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy : A Basic Text*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- Gabbard, G.O. et al. (2002), „The place of psychoanalytic treatments within psychiatry”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 59, pp. 505-510.
- Gadamer, H.G. (2001), *Adevăr și metodă*, Editura Teora, București.
- Gangestad, S.W. și Simson, J.A. (1990), „Toward an evolutionary history of female sociosexual variation”, *Journal of Personality*, nr. 58, pp. 69-96.
- Gardner, D.L. și Cowdry, R.W. (1985), „Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 142, pp. 98-100.
- Gibbons, M.B.C. et al. (2003), „Pretreatment expectations, interpersonal functioning and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy”, *Psychotherapy Research*, nr. 13, pp. 59-76.
- Glas, G. (2006), „Person, Personality, Self and Identity : A philosophical informed conceptual analysis”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 20 (2), pp. 126-138.
- Golberg, D. et al. (1986), „Borderline and schizotipal personality disorders treated with low dose thiotixene vs placebo”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 680-686.

- Goldberg, L.R. (1992), „The development of markers for the Big-Five Factor structure”, *Psychological Assessment*, nr. 4, pp. 26-42.
- Goldfried, M.R. et al. (1978), „The reduction of test anxiety through cognitive restructuring”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 46, pp. 32-39.
- Gorgos, C. (1989), *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, vol. III, Editura Medicală, București.
- Graham, P.J. și Stevenson, J.E. (1987), „Temperament, personality and personality disorder”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 872-873.
- Green, Dorian (1993), *Zodiac Universal*, Editura Vremea, București.
- Greenber, J.R. și Mitchel, S.A. (1983), *Object relations in psycho-analytic theory*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Grilo, M.C. și McGlashan, Th.H. (2005), „Course and outcome of personality disorders”, în Oldham J.M., Skodal A.E. și Bender D.S. (eds.), *Handbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington.
- Guisinger, S. și Blatt, S.J. (1994), „Individuality and relatedness : Evolution of fundamental dialect”, *American Psychologist*, nr. 49, pp. 104-111.
- Gunderson, J.G. ; Ronningstam, E. și Smith, L. (1991), „Narcissistic personality disorder : a review of data on DSM-III-R descriptions”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 167-177.
- Gunderson, J.G. ; Zanarini, M. și Kisiel, C. (1991), „Borderline personality disorders : a review of date on DSM-III-R descriptions”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 340-352.
- Gunderson, J.G. (1996), „Borderline patient's intolerance of aloneness : insecure attachments and therapist availability”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 153, pp. 752-758.
- Gunderson, J.G. (2000), „Psychodinamic psychotherapy for borderline personality disorder”, în Gunderson J.G. și Gabbard G.O. (eds.) *Psychotherapy for Personality Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 33-64.

- Gunderson, J.G. (2001), *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, American Psychiatry Press, Washington DC.
- Gunderson, J.G. et al. (2004), „Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 65, pp. 1049-1056.
- Gunderson, J.G. și Gabbard, G.O. (1999), „Making the care for psychoanalytic therapies in the current psychiatric world”, *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 47, pp. 679-703.
- Gunderson, J.G. și Philips, K.A. (1999), „A current view of the interface between borderline personality disorder and depression”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 148, pp. 967-975.
- Gunderson, J.G. ; Links P.S. et al. (1991), „Competing models of personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 60-68.
- Gunderson, J.G. ; Shea, M.T. et al. (2000), „The collaborative longitudinal personality disorders study: development, aims, design and sample characteristics”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14(4), pp. 300-315.
- Guther, T.G. (1982), „The psychology of psychopharmacology”, *Bulletin of Menninger Clinic*, nr. 461, pp. 321-330.
- Guther, T.G. și Havens, L.L. (1979), „The therapeutic alliance: contemporary meanings and confessions”, *International Review of Psychoanalysis*, nr. 6, pp. 467-481.
- Guze, S.B. et al. (1986), „A follow-up and family study of Brignet's syndrome”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 149, pp. 17-23.
- Hamann, B. (2004), *Cele douăsprezece arhetipuri. Semnul zodiacal și structura personalității*, Editura Mix, Brașov.
- Hamer, D. și Copeland, P. (1998), *Living with our genes*, Doubleday, New York.
- Hanser, Stuart T. și Safyer, Andrew W. (1995), „The contributions of Ego Psychology to Developmental Psychopathology”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 535-580.

- Hare, R.D. (1986), „Twenty Years of Experience with the Cleckley Psychopathy”, în Reis W.M. et al. (eds.), *Unmasking the Psychopathy*, W.W. Northon & Company, New York, Londra.
- Hare, R.D. (1986), *The Hare Psychopathy Checklist*, Multi Health Systems, Toronto.
- Hare, R.D. (1991), *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, Multi-Health System, Toronto.
- Hare, R.D. (1996), „Psychopaths and Their Nature: implication for the Mental Health and Criminal Justice Systems”, în Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 188-214.
- Harper, S. (1998), „The development of self-representations”, în Damon W. și Eisenberg N. (eds.), *Handbook of Child Psychology*, vol. III, *Social, Emotional and Personality Development*, Wiley, New York, pp. 553-617.
- Harris, J.R. (1998), *The Nurture Assumption*, Free Press, New York.
- Havens, L. (1989), *Safe Place*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Head, S. et al. (1991), „Family characteristics of dependent personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 256-263.
- Hegel, Georg și Wilhem, Friedrich (1965), *Fenomenologia spiritului*, Editura Academiei, București.
- Henderson, D.K. (1939), *Psychopathic States*, Norson, New York.
- Hersong, A.G. et al. (2002), „Quality of working alliance in psychotherapy: diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors”, *Psychoter. Psychosom.*, nr. 71, pp. 18-27.
- Hill, J. ; Fudge, R. et al. (1989), „Adult personality functioning assessment (APFA): An investigator-based standardized interview”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 155, pp. 24-35.
- Himnowitz, P. et al. (1996), „Neuroleptic treatment of schizotypal personality disorders”, *Comprehensive Psychiatry*, nr. 27, pp. 267-271.
- Hirschfeld, R. ; Shea, M. și Weise, R. (1991), „Dependent personality disorder: perspectives for DSM-IV”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 135-149.

- Hoehne, Kunst (1988), „Ernst Kretschmer's multidimensional psychiatry”, *Journal of Personality Disorder*, nr. 2 (1), pp. 28-35.
- Hoffart, A. (1994), „State and personality in agoraphobia patients”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 8 (4), pp. 333-341.
- Hoglund, P. (1993), „Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 168-181.
- Hollander, E. (2001), „A preliminary double blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 62, pp. 199-203.
- Horney, J. (1939), *New ways in Psycho-analysis*, Kegan Paul, Londra.
- Horowitz, L.M. et al. (1988), „Inventory of interpersonal problems: psychosomatic properties and clinical applications”, *J. Consult. Clin. Psychol.*, nr. 6, pp. 885-892.
- Horowitz, M.J. (1977), „Structure and the processes of change”, în Horowitz M.J. (ed.), *Hysterical Personality*, Jason Aronson, New York, pp. 329-399.
- Horvath, A. și Greenberg, L.S. (eds.) (1994), *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*, Wiley, New York.
- Huber, G.; Gross, G. și Schuttler, R. (1979), *Schizophrenie. Eine verlaufs un sozialpsychologische Langzeitstudie*, Springer, Berlin.
- Husserl, E. (1994a), *Filosofia ca știință riguroasă*, Editura Paideia, București.
- Husserl, E. (1994b), *Meditații carteziene*, Editura Humanitas, București.
- Izard, Carol E. și Harris, Paul (1995), „Emotional Development and Developmental Psychopathology”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 407-503.
- James, W. (1975), *Pragmatism*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- James, W. (1980), *The principles of psychology*, Rover, New York.
- Janoff, Bulman R. (1992), *Shattered Assomptions Toward a New Psychology of Trauma*, Free Press, New York.

- Janssens, L. (1999), „Particular Goods and Personalist Morals”, *Etical Perspectives*, nr. 1.
- Jaspers, K. (1896), *Algemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin.
- Jensen, H.V. (1989), „An open noncomparative study of amoxepine in borderline disorders”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 79, pp. 89-93.
- John, O.P. și Srivestana, S. (1999), „The big five trait taxonomy: history, measurement and theoretical perspectives”, în Pervin A.L. și John Oliver P. (eds.) *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 102-138.
- Johnson, J.G. et al. (2000), „Difficulties in interpersonal relationship associated with personality disorders: A community based longitudinal investigation”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 42-56.
- Johnson, S. (1998), *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy: Creating Connection*, Brunner, Morel, New York.
- Johnson, S. (2002), *Emotionally Focused Couple Therapy for Trauma Survivors: Strengthening Attachment Bands*, Guilford Press, New York.
- Johnson, S. și Lebow, J. (2000), „The coming of age of couple therapy: a decade review”, *Journal of Marital Family Therapy*, nr. 26, pp. 23-38.
- Jung, C.G. (1984), *Dialectique du moi et de l'inconscient*, Gallimard, Paris.
- Kagan, J. (1994), *Galen's Prophecy*, Basic Books, New York.
- Kagan, J. et al. (1988), „Biological bases of Childhood shyness”, *Science*, nr. 240, pp. 167-171.
- Kalus, O.; Bernstein, D. și Siever, L. (1993), „Schizoid personality disorder: a review of current status and implications for DSM IV”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 43-52.
- Kant, I. (1969), *Critica Rațiunii Pure*, Editura, Științifică, București.
- Kant, I. (1978), *Critica Rațiunii Practice*, Editura Științifică, București.

- Kant, I. (1981), *Critica facultății de judecare*, Editura Științifică și Enciclopedică, București.
- Kant, Immanuel (2004), *Religia în limitele rațiunii pure*, Editura Humanitas, București.
- Kantrowitz, J.L. (1987), „Suitability for psychoanalysis”, *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy*, nr. 2, pp. 403-415.
- Karterud, S. et al. (2003), „Day treatment of patients with personality disorders : experiences from a Norwegian treatment research network”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17, pp. 243-262.
- Kavoussi, R.J. et al. (1994), „An open trial of sertraline in personality disorders patients with impulsive aggression”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 55, pp. 137-141.
- Kavoussi, R.J. și Coccaro, E.F. (1994), „Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 59, pp. 676-680.
- Kelly, T. et al. (1992), „Can we study borderline patients: attrition from research and open treatment”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 6, pp. 417-433.
- Kendel, R. și Jablensky, A. (2003), „Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 160, pp. 4-12.
- Kendler, K.S. et al. (1995), „Schizotypal symptoms and signs in Roscommon Family Study”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 52, pp. 290-303.
- Kenrick, D.T. și Keefe, R.C. (1992), „Age preferences in mates reflect sex differences in reproductive strategies”, *Behavioral and Brain Sciences*, nr. 15, pp 75-133.
- Kernberg, O. (1983), *Severe personality disorders*, Yale University Press, New Haven CT.
- Kernberg, O. et al. (1989), *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*, Basic Books, New York.
- Kernberg, O.F. (1974), „Contrasting viewpoints reparting the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities : a pre-

- liminary communication”, *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 22, pp. 255-267.
- Kernberg, O.F. (1974), „Further contributions to the treatment of narcissistic personalities”, *Int. J. Psychoanal.*, nr. 55, pp. 215-240.
- Kernberg, O.F. (1984), *Severe Personality Disorders*, Yale University Press, New Haven.
- Kernberg, O.F. (1995), „Psychoanalytic object relations theories”, în Moore, F. și Fine, B., *Psychoanalysis : The Major Concepts*, Yale University Press, New Haven.
- Kerr, M. (2003), „Multigenerational family systems theory of Bowen and its application, în Scholevar G.P. (ed.), *The Textbook of Family and Marital Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 103-126.
- Kety, S.S. (1983), „Mental illness in the biological and adaptive relatives of schizophrenic adoptees : findings relevant to genetic and environmental factors in the etiology”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 140, pp. 720-727.
- Kiesler, D.J. (1986), „The 1982 interpersonal circle: an analysis of DSM-III personality disorders”, în Millon T. și Klerman G.L. (eds.), *Contemporary Directions in Psychopathology : Toward the DSM-IV*, Guilford Press, New York.
- Kiesler, D.J. (1996), *Contemporary Interpersonal Therapy and Research*, Wiley, New York.
- Kircher, Tilo (2003), *David Anthony. The Self in Neuroscience and Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kircher, Tilo și David, Anthony (2003), „The Self”, în *Neuroscience and psychiatrie*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kirkegaard, S. (1846), *The present age*, Harper and Row, New York.
- Klein, D.H și Schwartz, J.E. (2002), „The relation between depressive symptoms and borderline personality disorder features over time in distimic disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 523-535.

- Klein, M. (1946/1975), *Notes on some schizoid mechanisms in Envy and Gratitude and Other Works*, Free Press, New York, pp 1-24.
- Klein, M.H.; Wonderlich, S.A. și Crosby, R. (2001), „Self-concept corelates of personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (2), pp. 150-156.
- Koch, J.L. (1891), *Die Psychopatischen Mindervartigkeiten*, Maier, Ratensburg.
- Koenigsberg, H.W. et al. (1999), „Relationship between depression and borderline personality disorder”, *Depress Anxiety*, nr. 10, pp. 158-167.
- Koenigsberg, H.W. et al. (2000), *Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability*, Basic Books, New York.
- Koenigsberg, H.W. et al. (2003), „Risperidone in the treatment of schyzotipal personality disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 64, pp. 628-634.
- Kohut, H. (1977), *The Restoration of the Self*, International University Press, New York.
- Kohut, H. (1984), *How does Analysis Cure?*, University of Chicago Press, Chicago.
- Kool, S. et al. (2003), „Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders”, *Harvard Review Psychiatry*, nr. 11, pp. 133-141.
- Koran, L.M. (1999), *Obsessive-compulsive and related disorders in adults*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kraepelin, E. (1904), *Lectures on Clinical Psychiatry*, Wood Press, New York.
- Kraepelin, E. (1905), *Lectures on Clinical Psychiatry*, Baillieré Tindall and Co, Londra.
- Kraft-Ebing, R. (1935), *Moral insanity: Its recognition and forensic assessment*, f.e.
- Kraft-Ebing, R. (1937), *Psychopathia sexualis*, Physicians and Surgeons Books, New York.
- Kretschmer, E. (1922), *Körperbau und Charakter*, Springer, Berlin.

- Kretschmer, E. (1926), *Hysteria*, Nervous and Mental Disease Publishers, New York.
- Kretschmer, E. (1930), *La structure du corps et le caractère*, Payot, Paris.
- Krueger, R.F. și Tackett, J.L. (2003), „Personality and psychopathology: working toward the bigger picture”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 109-128.
- Kunst, H. (1988), „Ernst Kretschmer's multidimensional psychiatry”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 2 (1), pp. 28-35.
- Kwapil, T.R. et al. (1997), „Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis: A practical replication”, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 106 (3), pp. 491-495.
- La Bruyère, Jean de (1966), *Caracterele sau moravurile acestui veac*, Editura pentru Literatură, București.
- Lalande, A. (1962), *Vocabulaire technique et critique de la Philosophie*, PUF, Paris.
- Lange, F. (1904), *Fanities*, f.e., Copenhaga.
- Lansky, M.R. (1986), „Marital therapy for narcissistic disorders”, în Jacobson N. și Gurman A. (eds.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*, Guilford Press, New York.
- Largo, R.H. et al. (1996), „Does a profound change in toilet - training effect development of bowl and bladder control?”, *Developmental Medicine and Child Neurology*, nr. 38, pp. 1106-1116.
- Lăzărescu, M. (1989), *Introdúcere în psihopatologia antropologică*, Editura Facla, Timișoara.
- Lăzărescu, M. (1994), *Eseu despre fințele intermediare*, Editura de Vest, Oradea.
- Lăzărescu, M. (1994), *Psihopatologie clinică*, Editura Helicon, Timișoara.
- Lăzărescu, M. (2002), *Psihiatrie, Sociologie, Antropologie*, Editura Brumar, Timișoara.
- Lăzărescu, M. (2004), *Despre Sărbători, Grădini și Logos*, Editura Brumar, Timișoara.

- Lăzărescu, M. (2006), „Tulburările de personalitate în perspectiva continuumului a relațiilor interpersonale și a modelului circumplex”, în A. Nireștean (ed.), *Tulburările de personalitate - interpretări doctrinare și condiții de comorbiditate*, Editura Universității, Târgu-Mureș.
- Le Doux, J. (1990), „Cognitive and emotional interactions in the brain”, *Cognition and Emotions*, nr. 3, pp. 265-289.
- Le Senne, R. (1946), *Traité de caractériologie*, PUF, Paris.
- Leaf, R.C.; Alington, D.E. et al. (1992), „Personality Disorders, underlying traits, social problems and clinical syndroms”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 6 (2), pp. 134-152.
- Leary, T. (1957), *Interpersonal Diagnosis of Personality: A Functional Theory and Methodology for Personality Evaluation I*, Ronald Press, New York.
- Leichsenring, P.G. și Leibing, E. (2003), „The effectiveness of psychodynamic therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 160, pp. 1223-1232.
- Leonhard, K. (1968), *Akcentuierte Persönlich Keiten*, Verlag Volk und Gesundheit, Berlin.
- Levinas, E. (1999), *Totalitate și infinit. Eseu despre exterioritate*, Editura Polirom, Iași.
- Levy, K.N. și Blatt, S.J. (1999), „Attachment theory and psychoanalysis: further differentiation within insecure attachment patterns”, *Psychoanalytic Inquiry*, nr. 19, pp. 541-575.
- Lewis, Appleby L. (1988), „Personality Disorder: the patients psychiatrists dislike”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 153, pp. 44-49.
- Lewis, M. (1997), *Alternating fate: Why the part does not predict the future*, Guilford Press, New York.
- Liebowitz, M.R. et al. (1986), „Phenazine in social phobia”, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 6, pp. 93-98.
- Linehan, M.M. (1993), *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.

- Linehan, M.M. (1993), *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.
- Linehan, M.M. (1997), „Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder”, *J. Calif. Alliance Ment.* vol. IV, nr. 8, pp. 44-46.
- Linehan, M.M. et al. (1991), „Cognitive-behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 48, pp. 1060-1064.
- Linehan, M.M. et al. (1993), „Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 971-974.
- Livesley, W.J. (1991), „Clasifying Personality Disorders: ideal Types, Prototypes or Dimensions?”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 52-59.
- Livesley, W.J. (2004), „Introduction to the special feature on recent progress in the treatment of personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (1), pp. 1-2.
- Livesley, W.J. și Jang, K.L. (2001a), „Toward an empirically based classification of personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 137-151.
- Livesley, W.J. (2001b), „Conceptual and Taxonomic Issues”, în Livesley W.J. (ed.), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 3-38.
- Livesley, W.J. (2003), *Personality Disorders: A Practical Approach*, Guilford Press, New York.
- Livesley, W.J. și Jackson, D.N. (2002), *Manual for the dimensional assesment of personality pathology*, M.I, Sigma Press, Port Huron.
- Livesley, W.J. și Jank, K.L. (1998), „Toward on empirical based clasification of personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 1437-1451.
- Livesley, W.J.; Jackson, D.H. și Schroeder, M.L. (1992), „Factorial structure of traits delimiting personality disorders in clinical and

- general population samples", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 101, pp. 423-440.
- Livesley, W.J. ; Jackson, D.M. și Schroeder, M.L. (1989), „A study of the factorial structure of personality pathology", *Journal of Personality Disorder*, nr. 3, pp. 292-306.
- Livesley, W.J. ; Jang, K.L. ; Jackson, D.N. *et al.* (1993), „Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorders", *American Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 1826-1831.
- Loevinger, J. (1966), „The meaning and measurement of ego development", *American Psychologist*, nr. 21, pp. 195-206.
- Lofhlin, J.C. (1992), *Genes and environment in personality development*, CA Sage, Newbury Park.
- Loranger, A.W. *et al.* (1982), „Familial transmission of DSM-III borderline personality disorders", *Archives of General Psychiatry*, nr. 39, pp. 795-799.
- Loranger, A.W. *et al.* (1994), „The International Personality Disorder Examination", *Archives of General Psychiatry*, nr. 51, pp. 215-224.
- Luborsky, L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy : A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Basic Books, New York.
- Lukoff, D. *et al.* (1995), „Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems", *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 18, pp. 467-485.
- Lynch, T.R. *et al.* (2003), „Dialectical behavior therapy for depressed older adults : a randomized pilot study", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, nr. 11, pp. 33-45.
- Lyons, M.J. ; Tyrer, P. *et al.* (1977), „Special feature : heuristic models of comorbidity of axis I and II disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (3), pp. 260-269.
- MacIntyre, A. (1998), *Tratat de Morală după Virtute*, Editura Humanitas, București.

- MacKenzie, K.R. (1999), „Personality Assessment in Clinical Practice", in Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 307-322.
- Maier, W. *et al.* (1999), „Schizophrenia spectrum disorders : a review", in M. Maj și N. Sartorius (eds.), *Schizophrenia*, Wiley, Chichester, pp. 311-371.
- Malinowsky, Rummel și R. Hansen, D. (1993), „Long-term consequences of physical abuse", *Psychol. Bull.*, nr. 114, pp. 68-69.
- Mann, J.J. (1998), „The neurobiology of suicide", *Nat. Med.*, nr. 4, pp. 425-430.
- Markovitz, P.J. și Wagner, S.L. (1995), „Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder", *Psychopharmacology Bulletin*, nr. 31, pp. 773-777.
- Markowitz, J.C. *et al.* (1998), „Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy?", *Journal of Psychotherapy Practical Resources*, nr. 7, pp. 185-192.
- Masters, W.H. *et al.* (1977), *Ethical issues in sex therapy and research*, Little Brown, Boston.
- Mattes, J.A. (1990), „Comparative effectiveness of carbamazepine and propranolol for rage outbursts", *J. Neuropsychiatry Clin. Sci.*, nr. 2, pp. 159-264.
- Mathews, G. ; Deary, I.J. și Whiteman, M.C. (2005), *Psihologia Personalității. Trăsături, Cauze, Consecințe*, Editura Polirom, Iași.
- Mattia, J.I. și Zimmerman, M. (1999), „Epidemiology", in Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, The Guilford Press, New York, pp. 107-123.
- Maudsley, H. (1888), *A Physiology and Pathology of Mind*, MacMillan, Londra.
- May, G. (1982), *Will and spirit*, Harper and Row, San Francisco.
- McAdams, Dan P. (1999), „Personal Narratives and the Life Story", in Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 478-500.

- McCall, R.B. și Carriger, M.S. (1993), „A meta-analysis of infant habituation and recognition memory performance as predictors of later IQ”, *Child Development*, nr. 64, pp. 57-79.
- McCord, W. și McCord, J. (1964), *The Psychopath: an essay on the criminal mind*, Von Nostrand, Princeton, New York.
- McCrae, R.R. și Costa, P.T. Jr. (1997), „Personality trait structure as a human universal”, *American Psychologist*, nr. 52, pp. 509-516.
- McCrae, Robert R. și Costa Paul T Jr. (1999), „A Five-Factor Theory of Personality”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 139-153.
- McDavid, J.D. și Pilkonis, P.A. (1996), „The stability of personality disorder diagnosis”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 10 (1), pp. 1-15.
- McDermut, W. și Zimmerman, M. (2005), „Assessment Instruments and Standardized Evaluation”, în Oldham J.M., Skodol A.E. și Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 89-101.
- McGlashan, T. (1986), „Schizotypal personality disorder: Chestnut Lidge, follow-up study VI. Longterm follow-up perspectives”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 328-334.
- McPherson, K. (1994), „The best and the enemy of the good: randomized controlled, uncertainty and assessing the role of patients choice in medical decision making”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, nr. 48, pp. 6-15.
- Millon, F.; Simonsen, E.; Birket, Smith M. și Davis, R.D. (1998), *Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behavior*, Oxford University Press, Oxford.
- Millon, T. (1981), *Disorders of Personality: DSM III, Axis II*, Wiley, New York.
- Millon, T. (1983), *Millon clinical multiaxial inventory. Manual for the MCMI*, National Computer System, Minneapolis.

- Millon, T. (1989), *Modern psychopathology: A biological approach to maladaptive learning functioning*, W.B. Saunders, Philadelphia.
- Millon, T. (1990), *Toward a new personology*, Wiley, New York.
- Millon, T. (2000a), „Reflections on the future of DSM Axis III”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 30-41.
- Millon, T. (2000b), „Sociocultural conceptions of the borderline personality”, *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 123-136.
- Millon, T. (2001), „Reflections on the Future of DSM Axis II”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 30-41.
- Millon, T. et al. (1998), *Psychopathy*, The Guilford Press, New York.
- Millon, T. și Davis R.D. (1998), „Ten Subtype of Psychopathy”, în Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 161-170.
- Millon, T. și Davis, R.D. (1998), „Ten Subtypes of Psychopathy”, în Millon T. et al. (eds.), *Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behavior*, Oxford University Press, Oxford, pp. 161-171.
- Millon, T.; Meagher, S.E. și Grossman, S.D. (2001), „Theoretical perspectives”, în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 39-59.
- Millon, T.; Millon, C. și Davis, R. (1994), *MCMI-III Manual*, National Computer System, Minneapolis.
- Millon, T.; Simonsen, E.; Birket-Smith, M. și Davias, R.D. (1998), „Historical Conception of Psychopathy in the United States and Europe”, în Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 3-31.
- Millon, T. și Davis, R. (1995), „Development of Personality Disorders”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. II, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 633-675.
- Mischel, W. (1986), *Introduction to Personality: A New Book*, Holt, Rinehart and Winston, New York.

- Mischel, Walter și Shoda, Yuich (1999), „Integrating Dispozitions and Processing. Dynamics within a Unified Theory of Personality. The Cognitive-Affective Personality System”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 197-218.
- Monroe, S.M. și Simons, A.D. (1991), „Diathesis-stress theories in the context of life stress research”, *Psychofarmacology Bulletin*, nr. 110, pp. 406-425.
- Montgomery, S.A. și Montgomery, D. (1982), „Pharmacologic prevention of suicidal behavior”, *Journal of Affective Disorders*, nr. 4, pp. 291-298.
- Morel, B.A. (1852), *Traité théorique et pratique des maladies mentales*, Baillière, Paris.
- Morey, L.C. et al. (2002), „The representation of borderline, avoidant, obsessive-compulsive and schizotipal personality disorder by the five factor model”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (3), pp. 215-234.
- Mounier, E. (1969), *Le Personalisme*, PUF, Paris.
- Mounier, E. (1969), *Oeuvre*, vol. II, *Traité du Caractère*, Seuil, Paris.
- Mounoud, P. (1990), „Consciousness as a necessary transitional phenomenon in cognitive development”, *Psychological Inquiry*, nr. 1, pp. 253-258.
- Munroe-Blum, H. și Marziali, E. (1995), „A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 9, pp. 190-198.
- Murray, H. (1938), *Exploration in Personality*, New York University Press, New York.
- Neugarten, B.L. (1968), „Age norms, age constraints and adult socialization”, în B.L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging: A leader in social psychology*, University of Chicago Press, Chicago.
- Nietzsche, F. (1991), *Dincolo de bine și de rău*, Editura Humanitas, București.
- Nigg, J.T. și Goldsmith, H.H. (1998), „Developmental psychopathology personality and temperament: Reflections on recent behavior genetic research”, *Human Biology*, nr. 70, pp. 387-412.

- Nireștean, A. (1995), *Repere clinico-evolutive și terapeutice în stările psihopatoide*, teză de doctorat.
- O'Leary, K.M. (2000), „Neuropsychological testing results”, *Psychiatric Clinics of North America*, nr. 423, pp. 1-10.
- Oldham, J.M. (2005), „Personality Disorders: Recent History and Future Directions”, în Oldham J.M., Skodol A.E. și Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 3-16.
- Oldham, J.M. et al. (1995), „Comorbidity of Axis I and Axis II disorders”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 152, pp. 571-578.
- Oldham, J.M. et al. (2001), „Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 158 (supliment).
- Oldham, J.M. și Skodal, A.E. (2000), „Charting the Future of Axis II”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 17-29.
- Oldham, J.M. ; Skodal, A.E. et al. (1995), „Comorbidity of Axis I and Axis II disorders”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 152, pp. 571-578.
- Orlinsky, D.A. et al. (1994), „Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal”, în Bergin A.E. și Garfield S.L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, New York, pp. 270-376.
- Ornstein, P.H. (1998), „Psychoanalysis of patients with primary self-disorder: a self psychological perspective”, în Ronningstam E.F. (ed.), *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 147-161.
- Owen, M.J. et al. (1997), „Association studies in psychiatric genetics”, *Molecular Psychiatry*, nr. 2, pp. 270-273.
- Ozer, D.J. (1999), „Four Principles for Personality Assesment”, în L.A. Pervin și O.P. John (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 671-688.
- Padesky, C.A. și Greenberger, D. (1995), *Clinician's guide to mind over mood*, The Guilford Press, New York, Londra.

- Paris, J. (1996), *Social Factors in Personality Disorders*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Paris, J. (1997), „Childhood trauma as an ethiological factor in the personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 11, pp. 34-39.
- Paris, J. (1998), „Biopsychosocial Model of Psychopathy”, in Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 277-290.
- Paris, J. (1999), *Nature and Musture in Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Paris, J. (2003), „Personality disorders over time: precursors, course and outcome”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (6), pp. 479-488.
- Paris, J. (2003), *Personality Disorders Over Time*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- Parker, G. et al. (2002), „Defining Disordered Personality Functioning”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 503-522.
- Parker, G.; Hadzi, Pavlovic D. et al. (2000), „Modeling and measuring the person disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (3), pp. 189-198.
- Partridge, G.E. (1930), „Personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 1053.
- Patterson, G. (1982), *Coercive Family Process: A Social Learning Approach to Family Intervention*, vol. III, Castalia Publications, Sugene OP.
- Perry, J.C. (1995), „Dependent personality disorder”, in Gabbard G.O. (ed.), *Treatment of Psychiatric Disorders*, vol. II, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 2355-2366.
- Perry, J.C. și Bond, M. (2000), „Empirical studies of psychotherapy for personality disorders”, in Gunderson J.G. și Babbard G.O. (eds.), *Psychotherapy for Personality Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 1-31.

- Perry, J.C. și Vaillant, G.E. (1985), „Personality disorders”, in Kaplan H.J. și Sadock B.J. (1985), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 1352-1395.
- Pervin, L.A. (1996), *The science of personality*, Wiley, New York.
- Pervin, L.A. (ed.) (1990), *Handbook of personality: Theory and research*, Guilford Press, New York.
- Pfohl, B. (1991), „Hystrionic personality disorder: a review of available data and recomandations for DSM-IV”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 150-166.
- Pfohl, B. et al. (1986), „DSM III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM III criteria”, *Comprehensive Psychiatry*, nr. 27, pp. 21-34.
- Phillips, K.A.; Shea, T. et al. (2001), „The relationship between comorbid personality disorders and treatment received in patients with anxiety disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 15 (2), pp. 157-167.
- Phillips, K.A. (2005), „Schizophrenia and narrative self”, in T. Kircher și A. David (eds.), *The Self*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 319-335.
- Piaget, J. (1952), *The origins of intelligence in children*, International University Press, New York.
- Piaget, J. și Inhelder, B. (1970), *Psihologia copilului*, Editura Didactică și Pedagogică, București.
- Pike, A. et al. (1996), „Family environment and adolescent depressive symptoms and antisocial behavior. A multivariate genetic analysis”, *Developmental Psychology*, nr. 32 (4), pp. 590-603.
- Pinderhughes, E. (1989), *Understanding Race, Ethnicity and Power*, Free Press, New York.
- Pinel, P. (1962), *A treatise on insanity*, Hofner, New York.
- Piper, W.E. și Ogrodniczuk, J.S. (2004), „Brief Group Therapy”, in De Lucia Waack J., Gerritij D.A., Halodner C. (eds.) et al., *Handbook*

- of *Group Counseling and Psychotherapy*, Sage Publications, Beverly Hills, CA, pp. 641-650.
- Tomlin, R. (1983), „Childhood temperament”, în B. Lahey și A. Kazdin (eds.), *Advances in clinical child psychology*, vol. VI, Plenum Press, New York, pp. 45-92.
- Tomlin, R. et al. (1997), *Behavioral Genetics*, ediția a treia, Freeman, New York (ediția a patra, 2001).
- Montopidan, K. (1895), *Psychiatrinke forelaesninger of studier II*, T. Find, Copenhaga.
- Popa, V. (2005), *Drept civil. Partea generală. Persoanele*, Editura All Beck, București.
- Popper, K. (1960), *The logic of scientific discovery*, Hutchinson, Londra.
- Popper, K. (1997), *Cunoașterea și problema corp-minte*, Editura Trei, București.
- Popper, K. și Eccles, J.C. (1977), *The Self and its Brain*, Springer, Heidelberg.
- Porter, R. (1987), *Mind - forg'd manacles : a history of madness in England from the Restoration to the Regency*, Athlone Press, Londra.
- Postel, J. și Quétel, C. (1983), *Nouvelle histoire de la Psychiatrie*, Privat, Toulouse.
- Potter, N.N. (2006), „What is manipulative behaviour anyway”, *Journal of Personality Disorder*, nr. 20 (2), pp. 139-156.
- Racker, H. (1968), *Transference and Countertransference*, International University Press, New York.
- Raine, J. et al. (2000), „Reduced prefrontal gray matter and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 37, pp. 119-127.
- Rao, V. (1975), *In World History of Psychiatry*, Baillière-Tindall, Londra.
- Rathus, J.H. și Miller, A.C. (2002), „Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents”, *Suicide Life Threatening Behavior*, nr. 32, pp. 146-157.

- Reich, J. (2003), „The effect of axis disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders : a review”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (5), pp. 387-405.
- Reich, W. (1925), *Die Triebhafte Charakter*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig.
- Reiss, D. et al. (2000), *The Relationship Code*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Reist, C. et al. (2003), „Impulsive-aggressive behavior : open label treatment with citalopram”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 64, pp. 81-85.
- Renolds, C.F. et al. (1999), „Nortriptiline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression : a randomized controlled trial in patients older than fifty-nine years”, *JAMA*, nr. 281, pp. 39-45.
- Ricoeur, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris.
- Ricoeur, P. (1999), „Approaching the Human Person”, *Ethical Perspectives*, vol. VI, nr. 1, pp. 45-54.
- Rifkin, A. et al. (1972), „Lithium carbonate in emotionally instable character disorder”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 27, pp. 519-523.
- Rind, B. și Trombovitch, P. (1997), „A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuse”, *J. Sex. Res.*, nr. 34, pp. 237-255.
- Rinne, T. et al. (2000), „Serotonergic blunting to meta-chlorophenylpiperazine (m-CPP) highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and autoaggressive female borderline patients”, *Biological Psychiatry*, nr. 47, pp. 548-556.
- Rinne, T. et al. (2002), „SSRI treatment of borderline personality disorder : a randomized placebo controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 159, pp. 2048-2054.

- Roberts, B.W. și Helson, R. (1997), „Changes in culture, changes in personality. The influence of individualism in a longitudinal study of woman”, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 72, pp. 641-651.
- Robins, C.J. și Chapman, A.L. (2004), „Dialectical behavior therapy : current status, recent developments and future directions”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 18, pp. 73-89.
- Robins, J. (1986), *Fods and Mad : A history of the insane in Ireland*, Institute of Public Administration, Dublin.
- Robins, L. (1966), *Deficient children grown up*, Williams & Wilkins, Baltimore.
- Robins, L.N. și Regier, D.A. (eds.) (1991), *Psychiatric Disorders in America*, Free Press, New York.
- Robins, Richard W; Norem, Julie K. și Check, Jonathan M. (1999), „Naturalizing the Self”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 443-477.
- Ronningstam, E. (1998), *Disorders of Narcissism : Clinical and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, Washington.
- Rosen, D. et al. (2001), „The group – as a whole relations model of group psychotherapy”, *Bull. Mann. Clin.*, nr. 65, pp. 471-488.
- Rothbard, J.C. și Shaver, P.R. (1994), „Continuity of attachment across the life span”, în Sperling M.B., Berman W.H. (eds.) (1998), *Attachment in Adults : Clinical and Developmental Perspectives*, Wiley, New York, pp. 105-176.
- Rothhart, Mary K. ; Pasner, Michael și Herstey, Karen L. (1995), „Temperament, Attention and Developmental Psychopathology”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 305-342.
- Rothschild, L. și Zimmermann, M. (2002), „Personality disorders and the duration of depressive episode : a retrospective study”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (4), pp. 293-300.
- Rowe, D.C. (1981), „Environmental and genetic influences on dimensions of permised percenting : A twin study”, *Developmental Psychology*, nr. 17, pp. 203-208.

- Rush, B. (1962), *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*, New York Academy of Medicine, Hafner, New York.
- Rutan, J.S. și Stone, W.N. (2001), *Psychodynamic Group Psychotherapy*, Guilford Press, New York.
- Rutter, M. (1985), „Resilience to the Face of Adversity. Protective factors and Resilience to Psychiatric Disorder”, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 147, pp. 595-611.
- Rutter, M. (1987), „Temperament, personality and personality disorder”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 443-458.
- Rutter, M. și Quinton, D. (1984), „Parental psychiatric disorders : effects on children”, *Psychol. Med.*, nr. 14, pp. 853-880.
- Ryan, Richard M. ; Edward, L. și Wondy, S. (1995), „Autonomy, Relatedness and the self: Their Relation to Developmental and Psychopathology”, în Cicchetti Dante și Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York.
- Ryle, A. (1997a), „The structure and development of borderline personality disorder : a proposed model”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 170, pp. 82-87.
- Ryle, A. (1997b), *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder*, Wiley, Chichester.
- Samuel, D. și Widiger, T.A. (2004), „Clinicians personality descriptions of prototypic personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (3), pp. 280-308.
- Samuel, D.B. și Widiger, T.A. (2004), „Clinicians' personality description of prototypic personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (3), pp. 258-308.
- Sandler, J. (1981), „Character traits and object relationships. Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy”, în Livesley J. (ed.), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 359-376.
- Sanford, R.N. (1982), *The American College*, Wiley, New York.

- Sapir, E. (1934), „Personality”, *Encyclopedia of the Social Sciences*, nr. 12, pp. 85-88.
- Saposnek, D.T. (1980), „Aikido : A model for brief strategic therapy”, *Family Process*, nr. 19, pp. 227-238.
- Sartorius, C. *et al.* (1993), „Progress toward achieving a comune language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO clasification of mental and behavioral disorders in ICD-10”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 115-124.
- Saudino, K.J. și Plomin, R. (1997), „Cognitive and temperamental mediators of genetic contributions to the home environment during infancy”, *Merril-Palmer Quarterly*, nr. 43, pp. 1-23.
- Schirtz, S.C. *et al.* (1999), „Olanzapine safety and efficacy in patient with borderline personality disorder and comorbid dystimia”, *Biological Psychiatry*, nr. 46, pp. 1429-1435.
- Schlesinger, H. (2005), *Endings and Beginnings*, Analitic Press, Hillsdale, NJ.
- Schneider, K. (1923), *Psychopatic Personalities*, Cassel, Londra.
- Schneider, K. (1928), *Die Psychiopathischen Personlichkerten*, Springer, Berlin.
- Schrenck-Notzing, A. von (1895), *Hypnotismus*, Vogel, Leipzig.
- Schulsinger, F. (1972), „Psychopathy heredity and environment”, *International Journal of Mental Health*, nr. 1, pp. 190-206.
- Shapiro, D. (1965), *Nevrotic styles*, Basic Books, New York.
- Shea, M.T. (1993), „Psychosocial Treatment of Personality Disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 7 (supliment), pp. 167-180.
- Shea, M.T. *et al.* (1990), „Personality disorder and treatment outcome in the NIMH. Treatment of Depression Collaborative Research Program”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 147, pp. 711-718.
- Shea, M.T. și Yen, S. (2003), „Stability as a distinction between axis I and axis II disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (5), pp. 373-386.

- Sheard, M.H. *et al.* (1976), „The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 133, pp. 1409-1413.
- Sholevar, G.P. și Schwoeri, L.D. (2003a), „Family therapy with personality disorders”, în Sholevar G.P. (ed.), *Textbook of Family and Couples Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 715-723.
- Sholevar, G.P. și Schwoeri, L.D. (2003b), „Tehniques of family therapy”, în Sholevar G.P. (ed.), *Textbook of Family and Couples Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 225-250.
- Shopshire, M.S. și Craik, K.N. (1996), „An act based conceptual analysis of the obsessive-compulsive, paranoid and hystrionic personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 19, pp. 203-218.
- Shweder, R.A. (1991), *Thinking through cultures. Expeditions in cultural psychology*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Siever, L.J. ; Bernstein, D. și Silverman, J. (1991), „Schizotypal personality disorder : a review of its current status”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 178-193.
- Siever, L.J. (1998), „Neurobiology in Psychopathy”, în Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 231-246.
- Siever, L.J. și Davis, K.L. (1991), „A psychobiological perspective on the personality disorders”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 148, pp. 1647-1658.
- Sjobring, H. (1962), *La Personalité, Strucure et development*, Doin, Paris.
- Skodal, A.E. (2005), „Manifestations, Clinical Diagnosis and Comorbidity”, în Oldham J.M., Skodol A.E. și Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 57-87.

- Skodol, A.E. (1997), „Classification, assesment and diferential diagnosis of personality disorders”, *Journal of Practical Psychology, Behavior and Health*, nr. 3, pp. 261-274.
- Smith, G.E. *et al.* (2001), „An intensive outpatient program for patients with borderline personality disorder”, *Psychiatric Services*, nr. 52, pp. 532-533.
- Smith, G.E. (1916), „Shock and the soldier”, *Lancet*, nr. 1, pp. 853-857.
- Soloff, P.H. (2000), „Psychopharmacological treatment of BPD”, *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 169-192.
- Soloff, P.H. *et al.* (1986), „Progress in pharmacotherapy of borderline disorders”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 691-697.
- Soloff, P.H. *et al.* (1989), „Amitriptiline vs haloperidol in borderlines : final outcomes and predictors of response”, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 9, pp. 238-246.
- Soloff, P.H. *et al.* (1993), „Efficacy of phenalzine and haloperidol in borderline personality disorder”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 377-385.
- Solomon, J. și George, C. (1999), *Attachement Disorganization*, Guilford Press, New York.
- Sonne, J.C. și Swirsky, D. (1986), „Self-object considerations in marriage and marital therapy”, în Sholevar G.P. (ed.), *Handbook of Marriage and Marital Therapy*, Pergamon, Elmaford NY, pp 77-102.
- Spinetta, J. (1987), *Le visage, reflet de l'âme*, Douglas, St. Jean-De-Braye.
- Sprock, J. (2002), „A comparative study of the dimension and facets of the five factor model in the diagnosis of cases of personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (5), pp. 402-423.
- Stamenov, M.I. (2003), „Language and self-consciousnes ; models of self-presentation in language structure”, în T. Kircher și A. David (eds.), *The Self*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 76-106.
- Standing, U.M. ; Marsiske, M. și Baltes, P.B. (1995), „Resilience and reserve capacity in later adult hood : potentials and limits of

- development across life span”, în Cicchetti D. și Cohen D.J. (eds.), *Developmental psychopatology*, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 753-800.
- Stanley, B. (2001), „Skills training as an adjunctive treatment for personality disorders”, *Journal of Psychiatric Practice*, nr. 7, pp. 324-335.
- Stăniloae, D. (1987), *Chipul nemuritor al lui Dumnezeu*, Editura Mitropoliei Olteniei.
- Stegler, R.S. (1991), *Children's Thinking*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Stein, D.J. *et al.* (1995), „An open trial of valproate in borderline personality disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 56, pp. 506-510.
- Stern, W. (1936), *Allgemeine Psychologie*, f.e., Amsterdam.
- Stevens, A. (1994), *Jung*, Editura Humanitas, București.
- Stone, M.H. (2001), „Natural history and long term outcome”, în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 259-276.
- Strupp, H.H. și Binder, J.L. (1984), *Psychotherapy in a New Key : A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- Stürup, G.K. (1968), *Treating the untreatable*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Suler, J.R. (1989), „Paradox in psychological transformations. The ZEN Koan and psychotherapy”, *Psychologia*, nr. 32, pp. 221-229.
- Sullivan, H.S. (1953), *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, W.W. Norton, New York.
- Sulloway, F.J. (1998), *Born to Rebel : family conflict and radical genius*, Pantheon, New York.
- Symons, D. (1992), „On the use and misuse of Darwinism in the study of human behavior”, în J. Barkow, L. Cosmides și J. Tooby (eds.), *The adapted mind*, Oxford University Press, Oxford, pp. 137-159.
- Taylor, S. și Goritsas, E. (1994), „Dimensions of identity diffusion”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 8 (3), pp. 229-239.

- Teicher, M.H. *et al.* (1989), „Open assessment of the safety and efficacy of thioridazine in the treatment of patients with borderline personality disorders”, *Psychopharmacology Bulletin*, nr. 25, pp. 535-549.
- Teofrast (1966), „Caracterele”, în La Bruyère Jean de, *Caracterele sau moravurile acestui veac*, Editura pentru Literatură, București, pp. 25-76.
- Tesser, A. (1993), „The importance of heritability in psychological research: The case of attitudes”, *Psychological Review*, nr. 100, pp. 129-142.
- Tickle, T.; Heathertone, T.F. și Wittemberg, L.G. (2001), „Can personality change?”, în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 242-259.
- Torgersen, S. (2005), „Epidemiology”, în Oldham J.M., Skodol A.E. și Bender D.S. (eds.) (2005), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 129-140.
- Turner, S.M. *et al.* (1986), „Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder”, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 95, pp. 389-394.
- Tuttman, S. (1990), „Principles of Psychoanalytic group therapy applied to the treatment of borderline and narcissistic disorders”, în Roth B.E., Stone W.N. și Kibel H.D. (eds.), *The Difficult Patient in Group: Group Psychotherapy With Borderline and Narcissistic Disorders*, International Universities Press, Madison CT, pp. 7-29.
- Tyrer, M.R. *et al.* (1988), „Comorbidity of borderline personality disorder”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 45, pp. 348-352.
- Tyrer, P. (1993), „Comorbidity or consanunity”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 168, pp. 669-671.
- Tyrer, P. (2000), *Personality Disorders: Diagnosis, Management and Course*, Butterworth and Co, Weight.
- Tyrer, P. (2002), „Nidothrapy: a new approach to the treatment of personality disorder”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 105, pp. 469-471.
- Tyrer, P. (2004), „Comorbidity of personality and mental state disorders” în Tyrer P. (ed.), *Personality Disorders*, Butterworth Heineman, Oxford, pp. 88-89.

- Tyrer, P. (2005), „Medical settings”, în Oldham J.M., Skodol A.E., Bender D.S. (eds.) (2005), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 607-619.
- Tyrer, P. *et al.* (2003), „Treatment-rejecting and treatment-seeking personality disorders. Type R and Type S”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17, pp. 265-270.
- Tyrer, P. și Alexander, J. (1979), „Classification of personality disorder”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 135, pp. 163-167.
- Tyrer, P. și Cicchetti, D. (2000), „Personality Assessment Schedule”, în Tyrer P., *Personality Disorders*, Wright, Butterworth and Co, Londra, pp. 51-70.
- Tyrer, P. și Davidson, K. (2000), „Cognitive therapy for personality disorders”, în Gunderson J.G. și Gabbard G.O. (eds.), *Psychotherapy in Personality Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 131-149.
- Tyrer, P. și Seivewright, H. (2000), „Outcome of personality disorder”, în Tyrer P. (ed.) (2000), *Personality Disorders*, Butterworth Heineman, Oxford.
- Tyrer, P. și Simmonds, S. (2003), „Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder”, *British Journal of Psychiatry*, nr. 182(supliment), pp.15-18.
- Tyrer, P. și Steinberg, D. (1993), *Models for Mental Disorders*, John Wiley & Sons, New York.
- Tyrer, P.; Gunderson, J.; Lyons, M. și Tohen, M. (1997), „Special feature: extent of comorbidity between mental state and personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (3), pp. 242-289.
- Tyrer, P.; Seivewright, H. și Johnson, T. (2003), „The core elements of neurosis: mixed anxiety depression (cotymia) and personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 129-138.
- Vaillant, G.E. (1976), „Natural history of male psychological health: The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment”, *Archives of General Psychiatry*, nr. 33, pp. 535-545.

- Vaillant, G.E. (1987), „Developmental view of old and new perspectives of personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 1 (2), pp. 146-156.
- Vaillant, G.E. și Vaillant, L.M. (1999), „The role of Ego mechanism of defense in the diagnosis of personality disorders”, în Barron J. (ed.), *Making Diagnosis. Enhancing Evaluation and Treatment of Personality Disorders*, American Psychological Association, Washington DC, pp. 139-158.
- Van Velzen, C.J.M. și Emmelkamp, P.M.G. (1996), „The assessment of personality disorder: implications for cognitive and behavior therapy”, *Behaviour Research and Therapy*, nr. 34, pp. 655-668.
- Vereycken, J.; Vertommen, H. et al. (2002), „Authority conflicts and personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (1), pp. 41-51.
- Vollrath, M.; Alnaies, R. et al. (1995), „Coping styles predict change in personality disorders”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 9 (4), pp. 371-385.
- Walker, N. (1968), *Crime and Insanity in England*, vol. I, *The historical perspective*, University Press, Edinburgh.
- Waters, E. et al. (2000), „Attachment security in infancy and early adulthood: a longitudinal study”, *Child Development*, nr. 71, pp. 684-689.
- Weber, M. (1993), *Etica protestantă și spiritul capitalismului*, Editura Humanitas, București.
- Weissman, M.M. (1993), „The epidemiology of personality disorders: a 1990 update”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 44-62.
- Weissman, M.M. et al. (2000), *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- Weisz, J.R.; Eastman, K.L. și McCarty, C.A. (1996), „Primary and secondary control, in East Asia: Comments on Oerter et al. (1996)”, *Culture and Psychology*, nr. 2, pp. 63-76.
- Westen, D. și Gabbard, G. (2002), „Developments in cognitive neuroscience II: implications for theories of transference”, *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 50, pp. 99-134.

- Westen, D. și Muderrisoglu S. (2003), „Assessing personality disorders using a systematic clinical interview”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (4), pp. 351-369.
- Westen, D. și Muderrisoglu, S. (2003), „Assessing personality disorders using a systematic clinical interview: evaluation of an alternative to structured interview”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (4) pp. 351-369.
- Westen, D. și Shedler, J. (2000), „A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-IV”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 109-126.
- Westen, Drew și Goddard, Glenn O. (1999), „Psychoanalytic Approaches of Personality”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 57-101.
- Widiger, T.A. (1990), „Depressive personality traits and dysthymia: a commentary on Ryder and Bagy”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 13 (2), pp. 135-141.
- Widiger, T.A. (1991a), „Definition, diagnosis and differentiation”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 41-51.
- Widiger, T.A. (1991b), „Personality Disorder Dimensional Models Proposed for DSM-IV”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (4), pp. 386-398.
- Widiger, T.A. (1992), „Categorical versus dimensional classification: implications from and for research”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 6 (4), pp. 287-300.
- Widiger, T.A. (2000), „Personality Disorders in the 21-st Century”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 3-16.
- Widiger, T.A. (2003), „Personality Disorder and Axis I Psychopathology, the problematic Boundary of Axis I and Axis II”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 90-108.
- Widiger, T.A. și Lynam, D.R. (1989), „Psychopathy and the Five-Factor model of Personality”, în Millon T., Simonsen E. și Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 171-187.

- Vidiger, T.A. și Mullins, Sweat S.N. (2005), „Categorical and Dimensional Models of Personality Disorders” în Oldham J.M., Skodol A.E. și Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 35-55.
- Vidiger, T.A. și Weissman, M.M. (1991), „Epidemiology of borderline personality disorder”, *Hospital Community Psychiatry*, nr. 42, pp. 1015-1021.
- Vidiger, Thomas A. și Verheul, Roel (1999), „Personality and Psychopathology”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 347-366.
- Viggins, J.S. și Trobst, K.K. (1999), „The field of interpersonal behaviours”, în A.L. Pervin, O.P. John (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 653-670.
- Viggins, O.P. și Schwartz, M.A. (1991), „Research into Personality Disorders: the alternatives of dimensions and ideal type”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 69-81.
- Vilberg, T. et al. (1998), „Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program”, *Psychiatric Services*, nr. 49, pp. 1562-2567.
- Vilcox, J.A. (1995), „Divalproex sodium as a treatment for borderline personality disorder”, *American Clinical Psychiatry*, nr. 7, pp. 33-37.
- Vinston, A. et al. (1994), „Short-term psychotherapy of personality disorders”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 151, pp. 190-194.
- Vinter, David G. și Barenbaum, Nicole B. (1999), „History of Modern Personality Theory and Research”, în Pervin A. Lawrence și John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 3-30.
- Vitgenstein, L. (2004), *Cercetări filosofice*, Editura Humanitas, București.
- Vitzig, R. (1996), „The medicalization of race: scientific legitimization of a flawed social construct”, *Ann. Intern. Med.*, nr. 125, pp. 675-679.

- Wolin, S. și Bennett, L. (1984), „Family rituals”, *Fam. Process.*, nr. 23, pp. 401-420.
- Yalom, I.D. (1995), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- Yeomans, F.E. et al. (2002), *A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*, Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Young, J.E. (1994), *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*, Practitioner's Resource Series, Professional Resource Press, Sarasota, Florida.
- Young, J.E. et al. (2001), „Cognitive Therapy for depression”, în Barlow D. (ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, Guilford Press, New York, pp 264-308.
- Young, J.E. et al. (2003), *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, Guilford Press, New York.
- Zanarini, M.C. (2005), *Borderline Personality disorders*, Taylor and Frawis, Boca Raton FL.
- Zanarini, M.C. (1993), „Borderline personality as an impulsive spectrum disorder”, în Paris J, (ed.), *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 67-86.
- Zanarini, M.C. (2000), „Childhood experiences as associated with the development of BPD”, *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 89-101.
- Zanarini, M.C. și Frankenburg, F. (2001), „Olanzapine treatment of female borderline patients: a double blind placebo controlled pilot study”, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 62, pp. 849-854.
- Zanarini, M.C. și Frankenburg, F.R. (1997), „Pathways to the development of borderline personality disorder”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 11, pp. 93-104.
- Zanarini, M.C.; Gunderson, J.G.; Frankenburg, F.R. și Chauncey, D.L. (1989), „The Revised Diagnostic Interview for Borderlines – DIB”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 3, pp. 10-18.

- Zanarini, M.C. ; Skodal A.E. *et al.* (2000), „The collaborative longitudinal personality disorders study: reliability of axis I and axis II diagnoses”, *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (4), pp. 291-299.
- Zetzel, E. (1968), „The so-called good hysteric”, *International Journal of Psycho-Analysis*, nr. 49, pp. 256-260.
- Zimmerman M. *et al.* (1986), „ECT response in depressed patients with and without a DSM-III personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, nr. 143, pp. 1030-1032.
- Zinner, J. (1976), „The implications of projective identification”, în Grunebaum H. și Christ, J. (eds.), *Contemporary Marriage for Marital Interaction in Structure, Dynamics and Therapy*, Little Brown, Boston, MA, pp. 293-308.
- Zubin, J. și Spring, B. (1977), „Vulnerability – A new view of schizophrenia”, *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 88, pp. 103-126.
- Zuckerman, M. (1999), *Vulnerability to Psychopathology*, American Psychiatric Publication, Washington.
- Zuroff, D.C. ; Stotland, S. ; Sweetman, E. ; Craig, J. și Koestner, R. (1995), „Dependency, self-criticism and social interaction”, *British Journal of Clinical Psychology*, nr. 34, pp. 543-553.
- *** American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*, Washington DC.
- *** American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington DC.
- *** World Health Organisation (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, WHO, Geneva.

În colecția Psihologie clinică și psihoterapie

au apărut :

- José Guimón – *Introducere în terapiile de grup. Teorii, tehnici, programe*
- José Guimón, Béatrice Weber-Rouget – *Terapii scurte de grup. Comportamente și ilustrări clinice*
- Șerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*
- Șerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote – *Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice*
- Daniel Marcelli, Élise Berthaut – *Depresie și tentative de suicid la adolescență*
- Mircea Lăzărescu, Aurel Nireștean – *Tulburările de personalitate*

în pregătire :

- Gavin Andrews, Mark Creamer, Rocco Crino, Caroline Hunt, Lisa Lampe, Andrew Page – *Psihoterapia tulburărilor anxioase. Ghid practic pentru terapeuți și pacienți*