

ANEXA (la expunerea III) 5 iulie

1. Tulburările de personalitate ca afectare a relațiilor interpersonal sociale și a structurii coerenței identitare.

Actualele sisteme de clasificare și diagnostic a tulburărilor psihice cuprind un capitol aparte care se referă tocmai la aceste tulburări de personalitate. E vorba de persoane care-și desfășoară viața curentă în mijlocul colectivităților; dar au o

Chenar 28

Din istoricul „tulburărilor de personalitate”

În sec.XIX se citează comentariul psihiatrului englez Pritchard (1835) privitor la „moral insanity” într-o perioadă în care în Germania s-a dezvoltat o psihiatrie morală și o doctrină a degenerescentei. Conform acesteia cauza bolilor mentale ar fi păcatul, viciul, abuzul de alcool, sexualitatea, actele imorale; iar cei ce păcătuiesc au urmași tarați fizic și moral care adâncesc de-a lungul generațiilor păcatul originar. În Franța, spre sfârșitul sec.XIX au fost descriși „degenerați superiori”, persoane cu intelect bun dar cu multiple disfuncții psihice, comportamentale, morale. La sfârșitul acestui secol s-a impus doctrina lui Lombroso cu privire la criminalul înăscut, identificabil după aspectul corporal. Iar Kraft-Ebing a publicat lucrarea sa privitoare la psihopatia sexuală, în cadrul căreia descria sadismul, masochismul și alte perversiuni.

Sistemul nosologic al lui Kraepelin constituit la sfârșitul sec.XIX, descrie și el personalități psihopate, ca expresie a degenerescentei și în corelație cu celelalte boli psihice. În ediția din 1904 sunt identificate 4 tipuri: mincinosul patologic și escroc, criminalul impulsiv, criminalul profesionist și vagabondul morbid. Ediția din 1915 cuprinde două clase: Cazuri cu tulburări comportamentale: excitabilul, instabilul, impulsivul, excitatul, mincinosul și escrocul, antisocialul și certărețul Si – cazuri cu dispoziții morbide impulsive, obsesive și deviații sexuale.

La începutul sec XX s-a comentat, mai ales de către psihiatria franceză în cadrul doctrinei degenerescentei, așa zisele „constituții morbide”. Așa au fost: constituția emotivă (anxioasă), cea paranoidă, histerică etc. Apoi, în prima jumătate a sec.XX Schneider publică o carte privitoare la personalitățile psihopate în care consideră această clasă de persoane ca variante caracteriologice extreme – dar nu ca boli psihice – care din cauza particularităților lor suferă și fac pe alții să sufere. Schneider a descris 10 tipuri dar fără a folosi termeni psihiatrici. Aceste persoane sunt mai predispuse de a realiza reacții comprehensibile anormale („erlebnisreaktion”), care se pot cumula intrapsihic, conducând spre stări de tip nevrotic.

Persoanele cu comportament excentric amoral și disocial au fost abordate în lumea anglo saxonă din perspectiva sociopatiei și anetopatiei. O lucrare de referință în acest sens a fost cea lui Cleckley „The mask of sanity”.

După cel de al doilea război mondial sistemele de clasificare ce s-au dezvoltat în plan internațional au cuprins și categoria tulburărilor de personalitate, apropiind aceste cazuri de patologia psihiatrică. Orientarea s-a concretizat odată cu sistemul american DSM-III (1980). Tipologia a fost în mare preluată de la Schneider dar apropiată de patologia psihiatrică, utilizându-se și o terminologie specifică acesteia. DSM-III a introdus și un sistem de diagnostic pe axe, care diferențiază tulburarea episodică de cea persistentă, ultima incluzând tulburările de personalitate. Prin acest demers interesul față de astfel de tulburări, care se clasau pe axa a II-a a crescut spectaculos.

structură caracterială și un comportament deficitar, aparte, excentric, care condiționează o integrare socială dificilă, repetate probleme relaționale și deseori încălcări ale normelor legale și morale. Această cazuistică s-a regăsit mereu printre oamenii marginalizați social și infractori. Dar tulburările de personalitate (T.P.) se pot însoți și de un bun intelect; iar uneori chiar de creativitate. În ultimele decenii s-a studiat corelația dintre T.P. ale adultului și perturbări ale dezvoltării psihice ontogenetice, mai ales în direcția tulburărilor de conduită ale copilului și adolescentului. Pe de altă parte, multe din modelele comportamentale din T.P. ale adultului sugerează asemănări cu simptomatologia unor tulburări mentale. Motiv pentru care psihiatrii s-au interesat de această cazuistică încă începând cu sfârșitul sec.XIX. Inițial sub eticheta de tulburări ale constituției psihice; și apoi sub cea de psihopatie.

În ultimii ani atât sistemul DSM-5 cât și ICD-11 păstrează categoria tulburărilor de personalitate. Dar manualul american a renunțat la diagnosticul pe axe, pe care-l propusese în ediția a III-a (1980); iar ICD-11 a renunțat la o descriere tipologică explicită. În plus, în DSM-5 s-a introdus un sistem alternativ de diagnostic pentru 6 tipuri, orientat dimensional și nu categorial

În continuare se va prezenta rezumativ caracterizarea generală a TP și cea a tipurilor de TP din DSM-5, care e importantă pentru profilul psihopatologic nepsihotic al dimensiunii identitare caracteriale a persoanei.

Tulburarea de personalitate (TP) e circumscrisă în DSM-5 ca o categorie diagnostică ce are în vedere persoane ce prezintă o configurație de comportamente și trăiri ce deviază în mod marcat de la expectațiile culturii în care individul trăiește. E vorba de persoane ce se caracterizează prin disfuncții cognitive (perceperea sinelui, a altora și a evenimentelor), afective (privitoare la intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsurilor emotive), a funcționării interpersonale și a controlului impulsurilor

Sunt avute în vedere 10 tipuri grupate în 3 clustere: A. (persoane ciudate, excentrice) : paranoidul, schizoidul, schizotipalul; B. (persoane dramatice, instabile, emoționale): antisocialul, marginalul („borderline”), histrionicul, narcisistul; C. (anxioși, temători): dependentul, evitantul, obsesiv-compulsivul.

Ediția DSM-5 (2013) propune și o variantă alternativă, dimensională, de diagnostic a TP ce sunt caracterizate printr-un deficit (moderat sau sever) de

funcționare socială, în raport cu sine și alții, și printr-o raportare interpersonală perturbată, însoțită de trăsături caracteriale patologice. (Chenar 27). Deficitul se manifestă din perioada adultului tânăr o lungă perioadă a vieții, fiind inflexibil și persistent în variate contexte personale sau sociale; el nu se datorează altor boli mentale, organice sau adicției și nu poate fi explicat prin ambianța socio-culturală sau stagii speciale ale dezvoltării persoanei.

Trăsăturile psihopatologice de personalitate sunt comentate în noua sugerată versiune din DSM-5 prin trimitere la Teoria celor Cinci Mari Factori. Sunt prezentate criteriile pentru 6 din cele 10 tipuri descrise în DSM III-IV.

Caracterizarea tradițională este însă păstrată, ca una din alternativele de diagnostic, împreună cu cele 10 categorii menționate.

Principalele tipuri de TP descrise în DSM-5 sunt următoarele (alături de TP antisocială ce a fost deja menționată în actualul Cap.2):

T.P. paranoidă se caracterizează prin neîncredere, suspiciozitate continuă față de alții, astfel încât intențiile acestora sunt constant interpretate ca răuvoitoare, fără o bază obiectivă. Subiectul are impresia că alții îl prejudicază, nu sunt loiali și corecți cu el, folosesc informațiile despre el împotriva sa. El interpretează evenimente neutre ca ostile, se simte ușor ofensat, atacat, înșelat de partener.

T.P. schizoidă se caracterizează prin detașare în relațiile sociale și o gamă restrânsă de expresie a emoțiilor; nu se bucură de relații apropiate, nici în familie; preferă activități solitare; nu are interes pentru relații sexuale, prietenie, confidențe; e indiferent la critici și laude; afectivitate rece, plată, tocită, detașată.

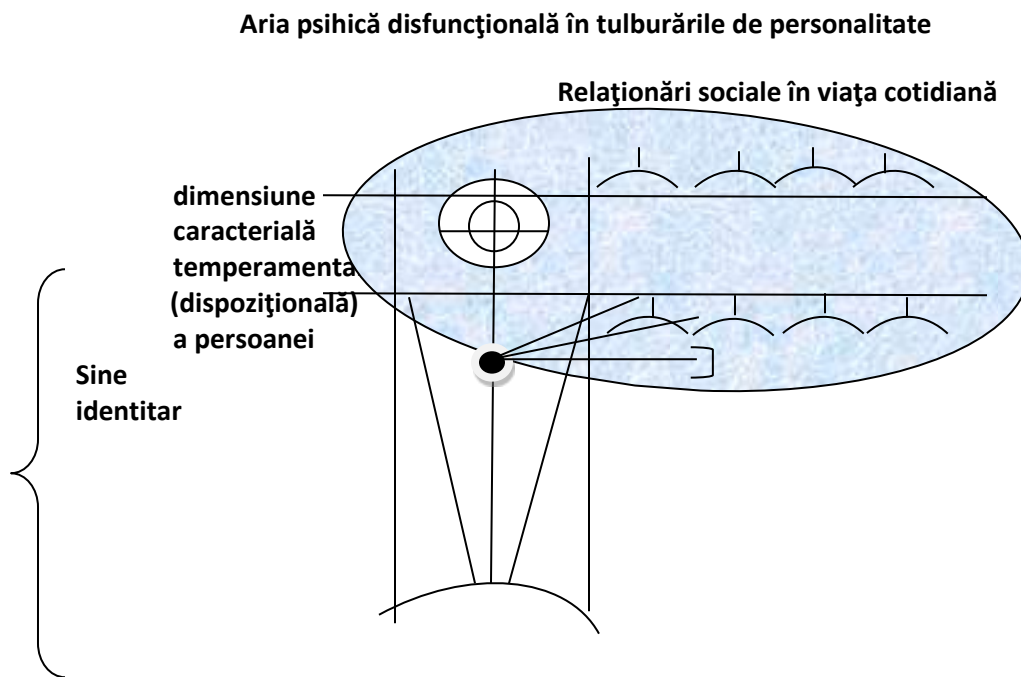
T.P. schizotipală se caracterizează prin: - suspiciozitate, lipsă de confidenți apropiați, anxietate socială excesivă, comportament și aspect excentric, bizar, afect inadecvat, gândire și limbaj ciudat, vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat, stereotip, experiențe perceptivă insolite, iluzii corporale, gândire magică, clarviziune, telepatie „al șaselea simț”.

T.P. histrionică. Subiectul caută în permanență să atragă atenția celorlalți asupra sa printr-un comportament hiperexpresiv. Poate manifesta: comportament provocator inadecvat, inclusiv în direcție sexuală; încearcă să fie captativ prin îmbrăcăminte stridentă, mimică și gesturi teatrale; stilul de vorbire este afectat, atrăgând atenția; autodramatizare, teatralitate, exagerarea expresiei emoționale; consideră relațiile apropiate ca mai intime decât sunt de fapt.

Instabilul emotiv „marginal” („borderline”). Se caracterizează prin instabilitatea în relațiile interpersonale, privitor la imaginea de sine, afecte, cu

marcată impulsivitate. Prezintă eforturi de a evita abandonul (real sau imaginar); relații interpersonale instabile oscilează între extrema idealizării și devalorizare; instabilitatea imaginii de sine oscilează între: impulsivitate cu potențial de autovătămare (abuz de substanțe, sex, alimentare impulsivă, conducere riscantă), repetate gesturi de automutilare și parasuicid; instabilitate dispozițională cu oscilații între disforie, iritabilitate, anxietate; sentiment de vid interior; dificultate de a-și controla furia; ideație paranoidă tranzitorie.

Chenar 30



În tulburările de personalitate disfuncția nu vizează destructurarea prezentului trăit (înțelegere, reprezentare și raportarea la situație), ci mai ales gestionarea relaționărilor interpersonal sociale în contextul vieții cotidiene, organizarea proiectelor în viață și autoperceperea de sine. Dimensiunea temperamentală caracterială e disfuncțională cu manifestare excentrică a parametrilor evidențiați de circumplexul interpersonal.

Varianta dimensională din DSM-5 invocă în caracterizarea TP, în primul rând, deficitul de funcționare socială reflectat în înțelegerea și aprecierea experiențelor și motivațiilor celorlalți; a toleranței unei perspective diferite de cea proprie și a consecințelor propriilor acte asupra altora (empatia). Precum și deficiențe ale profunzimii și duratei conectării la alții, a mutualității reflectate în comportamentul interpersonal (intimanța). Altă dimensiune deficitară e considerată cea a autodirecționării, adică capacitatea de a urmări în mod coerent și semnificativ scopuri pe termen scurt și în perspectiva vieții; și utilizarea de standarde interne comportamentale constructive și prosociale cu o abilitate de autoreflexie productivă.

Se consideră că există și deficiențe în resimțirea identității proprii ca fiind unică, cu limite clare în raport cu alții, stabilitatea stimei de sine și în autoapreciere, capacitatea și abilitatea de reglare a experiențelor emoționale. Dar autoperceperea identitară nu grevează inserția în microgrupuri; iar subiectul nu se simte transpus în condiția de personaj fictiv, așa cum se întâmplă în delir.

T.P. narcisistă se caracterizează printr-un sentiment de grandiozitate cu nevoia de admirație din partea altora, subiectul fiind lipsit de empatie. E preocupat de fantezii legate de succese, putere, frumusețe, considerând că este o persoană specială ce nu poate fi înțeleasă de oricine. Pretinde din partea altora admirație excesivă și tratament special, e exploator al altora, lipsit de empatie, invidios, arogant.

T.P. evitantă se caracterizează printr-o inhibiție socială generalizată susținută de neadecvare și hipersensibilitate la evaluări negative. Evită activități profesionale care presupun contacte interpersonale semnificante; nu se apropie de altă persoană decât atunci când e sigur că va fi acceptat, are relații intime restrânse de frica de a nu ridiculizat; e inhibat de relaționarea interpersonală; se vede pe sine neatractiv social, neadecvat, inferior altora; e reținut în a se angaja în acțiuni noi sau riscante.

T.P. dependentă se caracterizează prin faptul că e excesiv de sumisivă față de altul cu pronunțată frică de separare. Are dificultăți să ia decizii singur, să-și asume responsabilitatea în principalele arii ale vieții, să-și exprime dezacordul față de alții, să inițieze singur proiecte și să le ducă până la capăt (din lipsa încrederii în sine și nu datorării lipsei de motivație și energie), face eforturi de a obține acceptarea și suportul altuia, chiar făcând pentru aceasta lucruri care nu-i plac, se simte nefericit dacă e singur crezând că nu poate avea grijă de sine; dacă dispăre o persoană de care e atașat caută imediat un înlocuitor; mereu are frica că singur nu se va descurca.

T.P. Antisocială și cea Obsesiv Compulsivă au fost deja comentate.

2./ Aspecte psihopatologice temperamentale caracteriale în TP; perturbarea relațiilor interpersonale și circumplexul interpersonal

În cazul psihopatologiei T.P. comportamentul deviant nu se manifestă ca o disfuncție psihică de moment; sau care durează secvențial, un anumit timp relativ limitat. Ci ca exprimând un fond structural, identitar-caracterial dizarmonic, care întreține repetate raportări situaționale neadecvate, mai ales în plan interpersonal. Și care sunt perturbatoare social o perioadă îndelungată de timp, uneori mulți ani sau chiar întreaga viață. În mod firesc se poate face trimiterea la particularitățile tipologice, temperamentale caracteriale.

De multe milenii oamenii au sesizat faptul că manifestările lor comportamentale pot fi distribuite în câteva subgrupe (populaționale), caracterizabile temperamentale prin anumite trăsături. Pe lângă celebra tipologie zodiacală – ce mai funcționează și în prezent la mii de ani după circumscrierea ei – antichitatea împărțea comportamentul oamenilor în: flegmatici, colerici, sangvinici și melancolici; fapt ce era argumentat prin predominanța uneia din cele patru umori (

flegma, bila galbenă, sângele și bila neagră). Iar în prezent trimiterea se face la doctrina trăsăturilor, grupate în teoria celor Cinci Mari Factori.

Caracteriologia tipologică pleacă de la ideea că disponibilitățile funcționale ale psihismului – și în mod special cele de reacție dispozițională, comportamentală afectivă și interpersonală - se manifestă la persoanele concrete cu un dozaj variabil; astfel încât la diverși subiecți unele trăsături (dispoziționale) ajung frecvent în prim plan, manifestându-se pregnant; iar altele rămân în plan secund. În cazul tulburărilor de personalitate, DSM-5 are în vedere și un oarecare deficit

Rezumat ai parametrilor sociabilității, ai reactivității emotive și a relațiilor de atașament.

Sociabilitatea se referă la deschiderea subiectului spre contact, coparticipare, comunicare, cooperare și interinfluențare cu alții. Ea exprimă : - interesul pentru contact cu persoane umane și comunicare nonverbală și verbală cu acestea; - atractivitatea socială, asertivitatea și impresionabilitatea socială, eventual dominația și manipulativitatea celorlalți. Relaționările interpersonale de durată se desfășoară pe diagrama intim/public, între polul atașamentului dual și poziționării la diverse distanțe psihice, în cadrul rețelelor sociale. În zona publică mai intervine statutul și rolul social; iar la capăt, se plasează străinii și persoanele anonime (“oricine”, persoanele statistice). Între subiect și ceilalți funcționează procese de apropiere, de raportare constantă, de îndepărtare sufletească. Iar dinamica raportărilor relaționale e structurată de parametrii Circumplexului Interpersonal, ce are drept axe ortogonale: dominație versus sumisiune și deschidere-agreabilă versus desafilier-opozitivă.

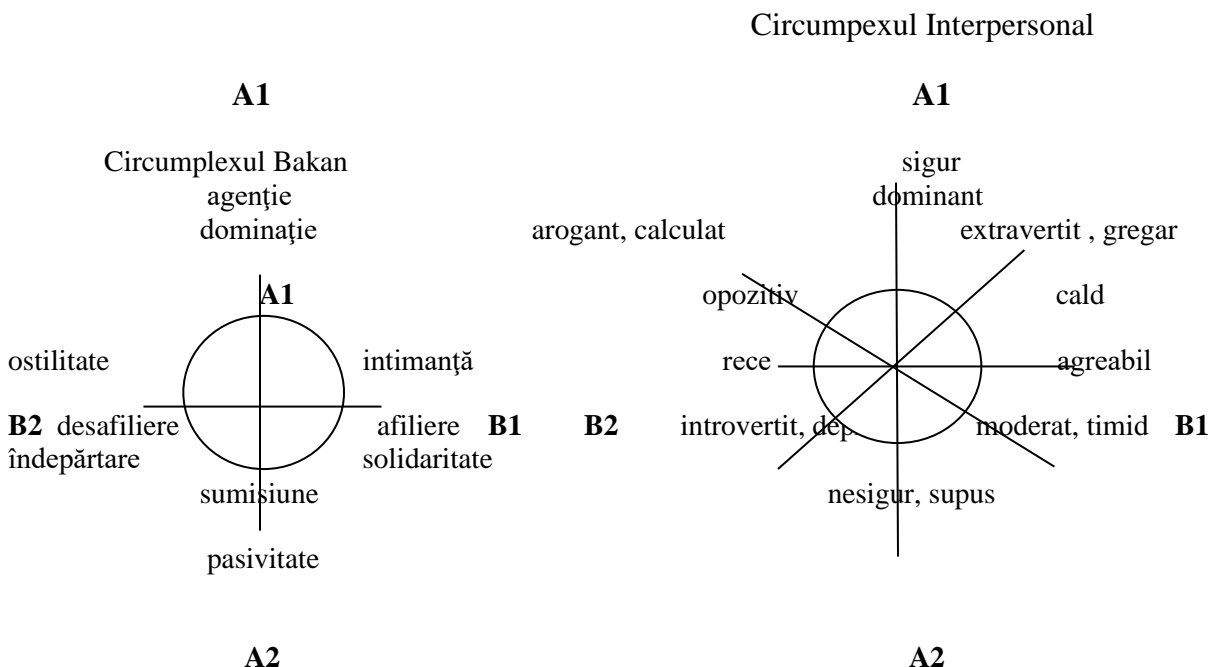
Reactivitatea afectivă emotivă se manifestă în raport cu situații noi, în general și interpersonal social. Ea poate fi marcată de curaj/versus anxietate; sau de îndrăzneală/versus rușine retractilă (cu sensibilitate la evaluarea publică). Iar reactivitatea empatică presupune deschiderea spre rezonanță afectivă (și comprehensivă) și intimantă. Reactivitatea afectivă poate fi comentată apoi din perspectiva atașamentului, a „acordării” subiectului la ambianță, în raport cu o persoană anume, cu ceilalți și cu alte aspecte ale lumii sale umane; a „rezoneței” sale față de aspectele fenomenale care îl „ating” și îl „marchează”. Adică, îl afectează, ducând la implicarea sa în rezolvarea situațiilor astfel create. Toate aspectele atașamentului presupun o „adeziune” bazală a subiectului în raport cu alteritatea (situația, celălalt, lumea) aspecte pe care autori mai recentți l-au denumit „sentiment existențial”. Relaționarea interpersonală mai presupune luarea în considerare a punctului de vedere a celuilalt, pentru posibilitatea cooperării, dialogului și a comportamentului responsabil.

Modalitățile sociabilității și ale reactivității afective sunt competențe și disponibilități ale persoanei pe care ea și le câștigă ontogenetic, prin maturarea potențialităților genetice, prin experiențe relaționale, educație, exerciții. Aceste disponibilități se pot apoi actualiza dispozițional în funcție de circumstanțele situaționale. Ele participă astfel la derularea evenimentelor actuale, a proiectelor și preocupărilor, ce constituie pânza de fond a psihismului persoanei, între actualitatea trăită și fundalul identitar.

disfuncțional al dimensiunii identitare, biografico-caracteriale a persoanei, în direcțiile: - insuficiența autodirecționării pe termen mediu și lung și a autocontrolului comportamental; - insuficiența resimțirii unicității și delimitării identității proprii. Dar rolul principal îl joacă de fapt deficitul disfuncțional al disponibilităților de relaționare interpersonală, care se detașează în contextul parametrilor prin care se manifestă de fapt sociabilitatea, reactivitatea emotivă și relațiile de atașament.

Tulburările comportamentale externalizat-conflictuale în raport cu circumplexul relațiilor interpersonale (c.i.)

Circumplexul relațiilor interpersonale (C.I.) a fost elaborat de către o suită de psihologi din SUA (Leary, Wiggins, Kisker, etc) spre sfârșitul sec.XX, pornind de la circumplexul Bakan (utilizat în psihosociologia animalelor) care e centrat pe axele ortogonale: dominație/sumisiune și deschidere agreabilă (afiliere) /opozitivitate,(desafiliere). C.I are multe variante, interpretări și utilizări, mai ales în caracteriologie și psihoterapie, fiind folosit și în studierea Tulburărilor de personalitate. Privitor la folosirea sa în legătură cu tb. comportamentale externalizate și psihopatia, faptul apare ca util în conjuncție cu analiza structurii dispoziționale a persoanei (Chenar 11) și a relațiilor interpersonale intime, care sunt în aceste tb.deficitare.(Paragraf 2.5.)



În perspectiva C.I. Tb.iritabil conflictuale, TP antisocială și psihopatia se plasează predominant în cadranel superior. Atitudinea interpersonală e dominatoare și agresivă, de confruntare, luptă, manipulare. Predomină suspiciunea, ținerea celuilalt la distanță, ignorarea nevoilor acestuia, indiferența față de suferința sa. Dispoziția afectivă iritabil agresivă se poate dubla cu una de „emotivitate restrictivă” (cu”răceală afectivă”) mai rar cu una ușor euforică,”hipomană”. Dispoziția anxios depresivă e prezentă mai ales în cazul impulsivității. Pentru cazuistica ce se plasează în cadranel inferior, se pot manifesta atitudini și comportamente agresive mai ales în modalitate impulsiv explozivă.

Modalitățile relațiilor interpersonale, normale și anormale, au fost studiate în ultimele decenii mai ales prin prisma modelului circumplexului interpersonal, elaborat SUA de către urmașii lui Leary, Kisker, Wiggins.

TP antisocială și întreg clusterul psihopatiei exprimă în mod evident trăsături constant asertive, dominatoare, plasându-se astfel în polul superior (A1) a circumplexului. Pe când TP dependentă se plasează, tot cu evidență, la polul inferior, sumisiv (A2). Această polarizare se poate regăsi, sub anumite aspecte, și la alte tipuri de TP din DSM-5, oferind o nuanțare a interpretării cazuistice. Astfel, TP obsesiv compulsivă poate cuprinde cazuri anancaste, preocupate major și ritualic de asertare prin implementarea proiectelor; iar subiectul se manifestă față de alții ca distanțat, scrupulos și intolerant; dar și cazuri „psihastene”, în care predomină indecizia, dependența, ambivalența, nehotărârea, îndoiala (Chenar...). Paranoia se poate distribui și ea între o variantă orgolioasă și luptătoare și una senzitiv suspicioasă, pasivă, ce se apropie de TP evitantă (Chenar.). Iar TP histrionică ar putea fi și ea polarizată identic. (Anexa Cap.3)

Privitor la axa orizontală a Circumplexului interpersonal, zona din dreapta, B1, cea a agreabilității, fiind o arie a relațiilor apropiate, empatice și de intimitate, se exclude aproape prin definiție din grupajul TP. Excepție ar face, până la un punct, TP marginală (“borderline”) și unele cazuri de TP dependentă. Dar în această direcție, a unei sociabilități crescute, în aria cadranelor superioare s-ar putea plasa TP cu o sociabilitate crescută, precum cele histrionice; sau variante ale psihopatului “fermecător social” a lui Cleckley. În schimb în aria din stânga, B2, cea a des-afilierii, s-ar poziționa, pe deoparte TP paranoidă, marcată de opozitivitate suspicioasă; pe de altă parte cea schizoidă, indiferentă față de tot și toate. O sociabilitate partajată între intim și public întâlnim la TP dependentă, care are mereu nevoie de un subiect de sprijin apropiat, față de orice relaționare; și la TP evitantă, care se simte în siguranță doar în apropierea persoanelor familiale, evitând contactele cu străinii. TP obsesiv compulsivă îi mereu pe alții la o distanță psihologică oficială.

3.Aspecte ne-relaționale în cadrul Tulburărilor de Personalitate.

Circumscrierea din DSM-5 a TP menționează caracteristici disfuncționale ale TP care țin de insuficienta resimțire a propriei identități, cea de autodirecționare pe termen scurt și lung și a autocontrolului impulsurilor. Acestea din urmă se pot referi și la relațiile interpersonale; dar, mai ales la comportamente orientate spre scop în general, cu tendință realizatoare; în care relaționarea e doar implicat sau marginală.

Un aspect specific se întâlnește la TP Obsesiv Compulsivă (TPOC). La aceasta,

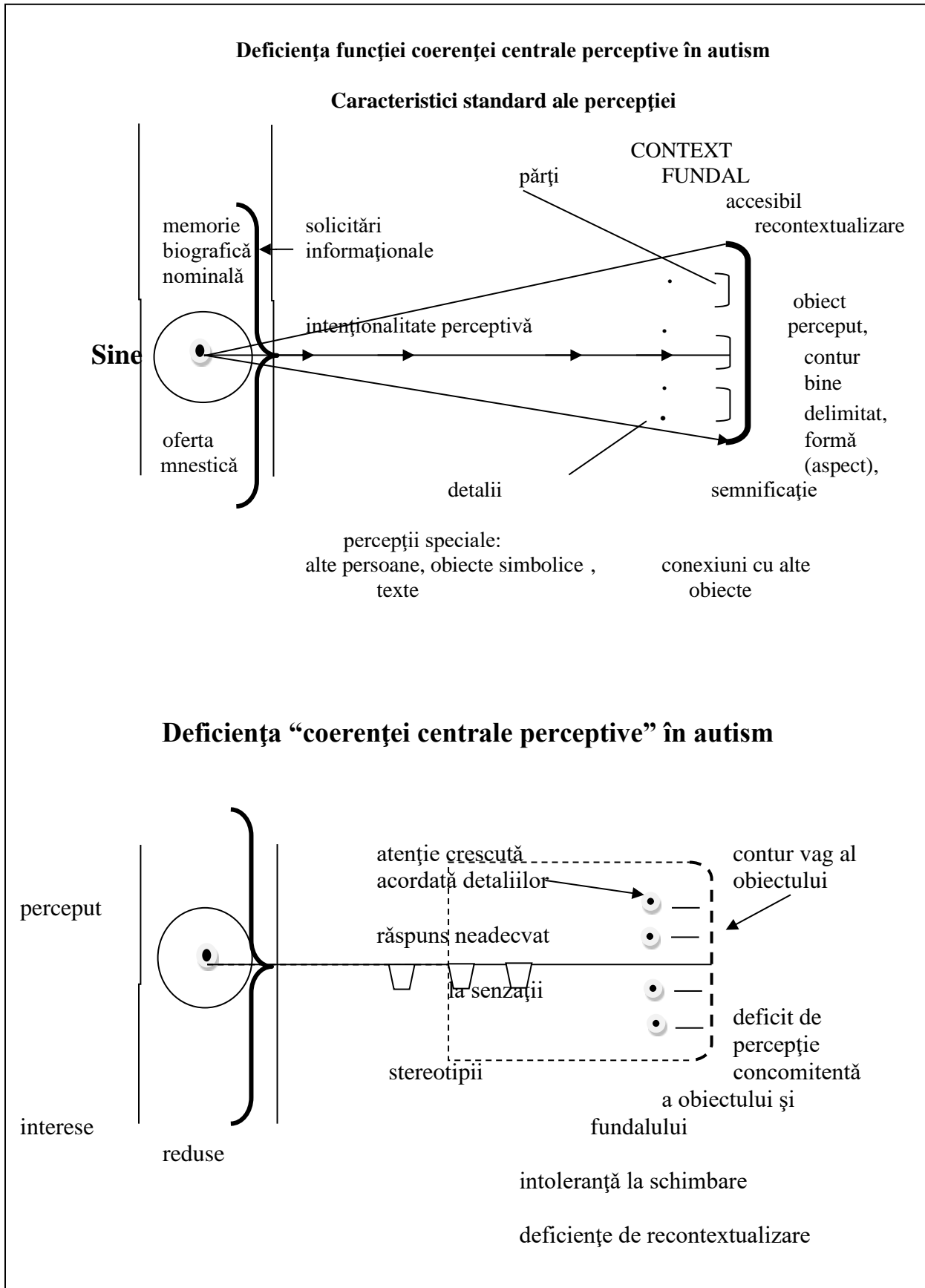
în afara tendinței spre hipercontrol și ordine (prezente și în TOC), iese în prim plan atașamentul crescut față de muncă, activitate și performanță, care domină viața subiectului excluzând preocupările secundare, distracțiile, jocurile, destinderea, calmul necesar petrecerii timpului împreună cu alții.

Interesul crescut față de muncă se întâlnește și la unele persoane normale, la care d.p.d.v. caracterial predomină factorul „conștiinciozitate” (din sistemul Five Factor Model). Acesta constă în: tendința spre realizare, deliberare, organizare, autodisciplină, eficiență (competență) și simț al datoriei. E vorba deci de un interes și de abilități crescute în direcția activităților realizatoare, pe care omul le desfășoară mai ales în cadrul muncii organizate instituțional; și la baza cărora stă structura psihică a funcțiilor cognitive executive, prin intermediul cărora psihismul individual inițiază și realizează – într-o succesiune ordonată și cu permanent control feedback - acțiuni cu scop. La anancast însă, caracteristicile menționate sunt distorsionate deficitar, astfel încât eficiența e redusă. Acțiunea, proiectele, activitatea, toate sunt marcate de o tendință la perfecționism într-un plan al posibilului. Ele sunt în mod exagerat planificate, minuțios sistematizate, organizate până în cele mai mici detalii.; totul e supus unui control și autocontrol continuu și exagerat. De aceia și decizia de implementare efectivă a proiectelor e dificilă. Subiectul poate pierde de obicei mult timp cu organizarea prealabilă a condițiilor și ambianței în care ar urma să aibă loc acțiunea. Se fac nenumărate planuri, proiecte, schițe, orare de lucru, se iau în considerare eventualități diverse. Existența personală e programată și planificată și ea pe termen mediu și lung.

La un pol opus față de dificultatea decizională și tendința spre hipercontrol acțional din TPOC se plasează comportamentul impulsiv exploziv, cu decizii rapide și neselectate, cu deficiența autocontrolului. Tipologic, acesta se întâlnește mai ales la Psihopatul instabil a lui Schneider, recte la Marginalul din DSM-5; care e centrat însă asupra comportamentelor relaționale cu o persoană de atașament.

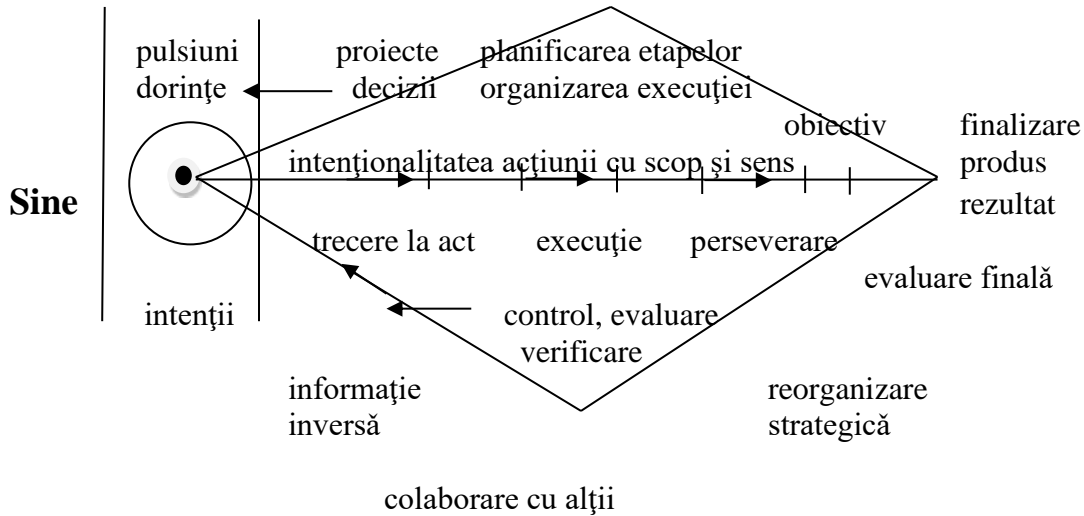
Deficitul întâlnit la TPOC în direcția acțiunilor realizatoare, trimite de fapt spre un aspect mai general, cel al raportării situaționale active la realitate, ce se organizează cu sprijinul unei funcții generice a *coerenței centrale*. Aceasta poate fi uneori afectată predominant în plan perceptiv – ca în cazul autismului developmental - , sau în direcția formulării unei comunicării verbale – ca în deraierea ideo-verbală a schizotipalului. Apoi, funcția generică a coerenței centrale intervine în chiar organizarea coerenței structurii identitare a persoanei, perturbarea acesteia manifestându-se în dezorganizarea și depersonalizarea deficitară din schizofrenie. În cazul TPOC întâlnim o variantă de afectare a acestei funcții

predominant în aria acțiunii eficiente, susținută în normalitate de funcțiile executive.

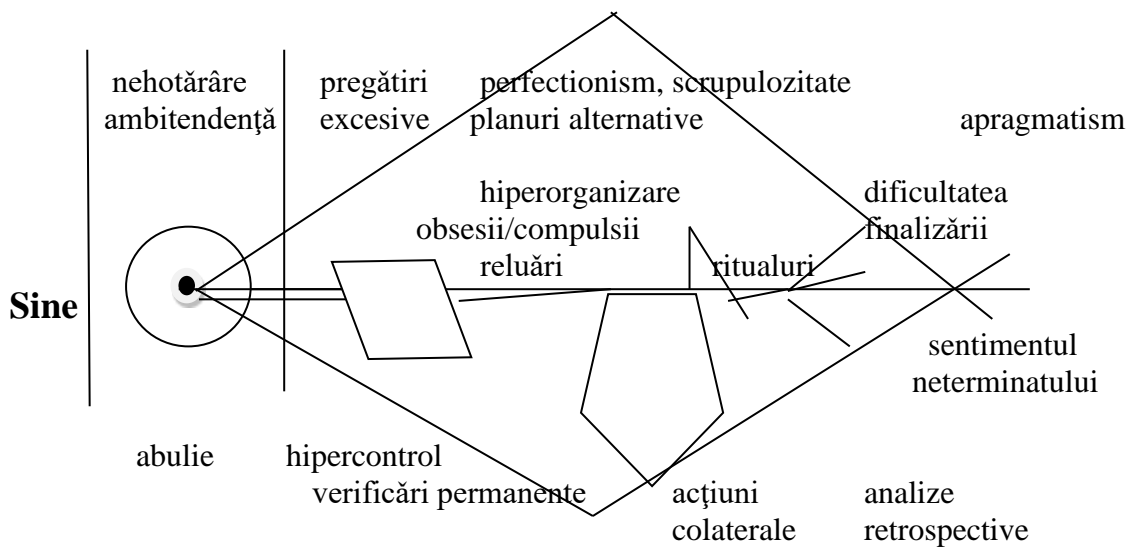


„Câmpul acțiunii” susținut de funcția coerenței centrale și relaxarea sa în patologia obsesivă

a) Câmpul „coerenței centrale” a acțiunii voluntare bazat pe funcții executive solicitări



b) În TPOC (psihastenă) coerența câmpului acțiunii se relaxează



Alte deficite disfuncționale ne-relaționale din cadrul TP se întâlnesc odată cu preocupările abstracte și exotice ale schizotipalului, care vizează aspecte ale universului cultural al omului. Tot un aspect nerelațional poate fi considerat fundalul dispozițional nearmonic ce se întâlnește la unele TP, fie excesiv internalizat -anxios depresiv, fie externalizat – de elafie, agresivitate; sau, de indiferență și răceală afectivă. Structura temperamental caracterială distorsionată a TP reflectă astfel faptul că, atitudinile interpersonale se corelează intim cu dispozițiile afective și de ordin general ale subiectului.

4.Gravitata Tulburării de Personalitate.

Abordarea psihopatologiei TP a presupus, de la început, luarea în considerare a unor grade de gravitate; fapt asupra căruia insistă ultimul Draft ICD-11(2018) care preconizează trei nivele. Primul nivel, mai ușor, ne păstrează în marginea normalității. Al treilea însă, cel grav, ne trimite fie spre alienarea din închisori a psihopatului cu comportament grav disocial; fie spre alunecarea în direcția orbitei psihotiforme, ca în cazurile grave de TP marginală sau în TP schizotipală; deci spre o alienare psihopatologică, mentală (de care se preocupau alieniștii secolului XIX).

Problematika Tb. de personalitate ne trimite, în consecință, spre instanța structurii formale a coerenței identitare biografico caracteriale a persoanei, centrată de sine; care se dovedește acum marcată de pronunțate particularități în delimitarea și în stilul manifestărilor sale situaționale; mai ales în raportarea sa la alții, în cadrul vieții cotidiene. Structură identitară ce stă în spatele tuturor raportărilor active la lume ce străbat polul prezentului trăit, prin acțiuni, proiecte și relaționări.

În psihoză – și în mod specific în delir – deficitul psihopatologic abolește antenele de relaționare cu alții și cu parametrii vieții cotidiene; iar subiectul transformat într-un personaj dintr-un scenariu aberant, alunecă într-o lume dereistă, ne mai putând „testa eficient realitatea”. Un rol de tranziție între TP și condiția psihotică propriu zisă îl are Sd de Depersonalizare /Derealizare, care marchează formele grave, marginale psihozei. Între acestea pot fi comentate cu preeminență TP Schizotipală, TP Marginală și TP Obsesiv Compulsivă.