

Seria *Psihologie* este coordonată de Ștefan Boncu

Camelia Maria Dindelegan (coord.) este profesor universitar doctor habilitat la Universitatea din Oradea, Facultatea de Socio-Umane, Departamentul de Psihologie. A obținut licența în psihologie (2001) la Universitatea din Oradea și doctoratul în psihologie (2007) la Universitatea din București.

Camelia Dindelegan, *Breviar de psihopatologie și psihologie clinică, volumul IV*

© 2022 Institutul European Iași pentru prezenta ediție

INSTITUTUL EUROPEAN

Iași, str. Bălușescu nr. 2, 700309, OP. 6, C.P. 1309

tel. 0232/230800; tel./fax 0232/230197

euroedit@hotmail.com.; <http://www.euroinst.ro>

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Breviar de psihopatologie și psihologie clinică / Camelia Maria

Dindelegan ; introd. de Florin Alin Sava. - Iași : Institutul

European,

2021- vol.

ISBN 978-606-24-0303-4

Vol. 4 / coord.: Camelia Maria Dindelegan. - 2022. - Conține

bibliografie. - ISBN 978-606-24-0331-7

I. Dindelegan, Camelia Maria (coord.)

616

159.9

Potrivit Legii nr. 8/1996, a dreptului de autor, reproducerea (parțială sau totală) a prezentei cărți fără acordul Editurii constituie infracțiune și se pedepsește în conformitate cu aceasta.

PRINTED IN ROMANIA

CAMELIA MARIA DINDELEGAN

(coord.)

BREVIAR DE PSIROPATOLOGIE ȘI PSIHLOGIE CLINICĂ

Volumul IV

INSTITUTUL EUROPEAN

2022

Cuprins

Capitolul 1. Tulburări de personalitate / 7

(Camelia Marin Dindelegan)

- 1.1. Caracteristici generale și tablouri clinice ale tulburărilor de personalitate / 10
 - 1.1.1. Grupul A al tulburărilor de personalitate / 14
 - 1.1.2. Grupul B al tulburărilor de personalitate / 23
 - 1.1.3. Grupul C al tulburărilor de personalitate / 37
- 1.2. Incidență și Prevalență / 45
- 1.3. Factorii etiologici / 48
- 1.4. Stabilirea diagnosticului conform criteriilor din DSM 5 / 58
 - 1.4.1. Abordarea categorială / 58
 - 1.4.2. Abordarea dimensională / 64
- 1.5. Tratament și prognostic /

Capitolul 2. Tulburări de comportament disruptiv, de control al impulsurilor și de conduită / 73

(Darian Faur)

- 2.1. Caracteristici generale și tablouri clinice ale tulburărilor de comportament disruptiv, de control al impulsurilor și de conduită / 75
 - 2.1.1. Tulburarea de opoziție și comportament sfidător / 75
 - 2.1.2. Tulburarea explozivă intermitentă / 78
 - 2.1.3. Tulburarea de conduită / 80
 - 2.1.4. Piromania și cleptomania / 83
- 2.2. Incidență și Prevalență / 86
- 2.3. Factorii etiologici / 88
- 2.4. Stabilirea diagnosticului conform criteriilor din DSM 5 / 94
- 2.5. Tratament și prognostic / 99

Capitolul 3. Tulburările cu simptome somatice și tulburări înrudite / 103

(Camelia Maria Dindelegan)

3.1. Caracteristici generale și tablouri clinice ale tulburărilor cu simptome somatice și ale tulburărilor înrudite / 105

3.1.1. Tulburarea cu simptome somatice / 105

3.1.2. Tulburarea nosofobică / 108

3.1.3. Tulburarea conversivă / 111

3.2. Incidență și Prevalență / 114**3.3. Factorii etiologici / 115****3.4. Stabilirea diagnosticului conform criteriilor din DSM 5 / 117****3.5. Tratament și prognostic / 119****Capitolul 4. Alte afecțiuni care pot justifica abordarea clinică / 127**

(Camelia Maria Dindelegan)

4.1. Categoriile de afecțiuni care pot justifica abordarea clinică conform DSM 5 / 127**4.2. Caracteristici și studii / 128****Capitolul 5. Contextul socio-familial al bolnavului psihic / 137**

(Vasile Marin Dindelegan)

5.1. Epuizarea aparținătorului / 138**5.2. Prevenție și intervenție în familia bolnavului psihic / 140****Bibliografie / 143****Note despre autori / 151***Capitolul 1***Tulburări de personalitate**

Camelia Maria Dindelegan

Definită pe larg, personalitatea reprezintă un ansamblu de trăsături care determină modul în care un individ interpretează evenimentele, interacționează cu alții și își formează așteptările referitoare la lucrurile care se vor întâmpla în viitor. Pentru a simplifica abordarea personalității au fost conturate trăsăturile generale ale personalității care au tendința să se grupeze în jurul unui profil. Trăsăturile, odată formate, au un caracter stabil și pot prezice comportamentele unui individ în anumite contexte. Una dintre cele mai cunoscute conceptualizări moderne ale personalității este modelul Big 5. El propune existența a cinci factori mari de personalitate – deschiderea spre experiență, conștiinciozitatea, extraversiunea, agreabilitatea și neuroticismul – care la rândul lor prezintă trăsături specifice (Fox, 2021).

Totuși, în cazul unor persoane, trăsăturile de personalitate nu îi ajută să se adapteze mediului înconjurător, ci din contră, prin rigiditatea lor determină apariția disfuncționalității. Astfel, tulburările de personalitate includ trăsături care, până la un punct, pot fi prezente în structura oricărui om, însă după aceea se diferențiază prin incapacitatea lor de a fi flexibile și adaptabile contextului. Tiparele care conduc spre conturarea trăsăturilor rigide sunt prezente la persoanele care ajung să fie diagnosticate cu tulburări din această categorie devin evidente la vârsta de adult

tânăr și au o evoluție stabilă, întrucât trăsăturile de personalitate sunt stabile de-a lungul vieții (Morrison, 2014).

Interesul modern pentru trăsăturile morbide ale personalității poate fi observat încă din secolul al XIX-lea prin identificarea unor concepte similare personalității precum caracter sau tip, care făceau referire la elemente stabile și neschimbătoare ale comportamentului unui individ. Totuși, înțelegerea auto-rilor din acea perioadă cu privire la tulburările de personalitate avea mai mult în vedere mecanismele de auto-monitorizare și tulburările conștiinței, și nu atât de mult tiparele comportamentale pe care le identificăm în ziua de azi atunci când ne referim la o tulburare de personalitate. Edificatoare în acest sens au fost lucrările medicului britanic James Prichard care a deschis calea desprinderii tulburărilor de personalitate de celelalte tulburări prin conceptul de nebunie morală (*moral insanity*). Unii autori văd în acest construct predecesorul psihopatiei, care stă la baza tulburării de personalitate antisocială propusă de DSM. Totuși, prin nebunia morală Prichard a încercat să descrie nu doar acele comportamente care ar intra în tiparul psihopatiei, ci în general comportamentele deviate care nu se manifestă sub auspiciile psihozei. Acest lucru a reprezentat un punct de cotitură pentru înțelegerea bolilor mentale din secolul al XIX-lea, întrucât mentalul oamenilor de știință era dominat de ideea conform căreia nebunia sau boala psihică trebuie să fie asociată neapărat psihozei. Pornind de la acest construct, psihiatrul Henry Maudsley, câțiva ani mai târziu, a îngustat sensul nebuniei morale la acele tipare comportamentale manifestate în aparenta lipsă a unei busole morale a individului, oferind astfel o descriere preliminară a ceea ce mai târziu Koch va denumi *psihopatie* (Livesley, 2018).

Secolul al XX-lea a debutat cu stabilirea bazelor clasificărilor nosologice psihiatrice prin lucrările lui Kraepelin. Acesta considera tulburările de personalitate ca fiind forme atenuate ale psihozelor. Momentul definitoriu pentru conturarea tulburărilor de personalitate ca entități distincte a fost marcat de opera psihiatrului german Kurt Schneider care introducea conceptul de *personalități psihopate*. Odată cu apariția primei ediții a DSM în 1952, tulburările de personalitate capătă semnificația de reacții comportamentale la factori interni sau externi care sunt date de încercările personalității de a se adapta. DSM II schimbă focalizarea definiției tulburărilor personalității de pe structură pe dezvoltare – accentul nu mai cade pe structura personalității care e dată de reacțiile la stimuli interni sau externi, ci pe tiparele stabile de-a lungul vieții de comportamente maladaptative, ale căror semne pot fi observate încă din copilărie. Definiția tulburărilor de personalitate se schimbă din nou odată cu DSM III prin debarasarea acesteia de vestigiile psihanaliste care dominau conceptualizarea tulburărilor în primele două ediții ale manualului APA. Prin urmare, tulburările de personalitate sunt definite din perspective trăsăturilor care sunt înțelese ca tipare stabile de relaționare, interpretare a evenimentelor și a monitorizării sinelui care, în momentul în care devin rigide și inflexibile, cauzează fie disfuncționalitate, fie stres experimentat subiectiv la o intensitate clinică. Apariția celor trei clustere (A, B, C) coincide cu ediția revizuită a DSM III și a reprezentat o încercare de simplificare a celor 11 tulburări de personalitate conturate la acea vreme (era inclusă și tulburarea de personalitate pasiv-agresivă care a fost mutată în DSM IV din secțiunea tulburărilor principale, iar mai apoi a fost eliminată din cea de-a cincea ediție a DSM). Chiar dacă DSM IV și DSM IV-TR au adus

câteva îmbunătățiri în sfera descriptivă cu privire la cele trei clustere ale tulburărilor, criteriile de diagnostic au rămas aproape identice (Fox, 2021).

Apariția DSM 5 a marcat un moment fără precedent pentru istoria manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mentale: două abordări distincte au fost propuse în ediția a cincea. Prima dintre ele se află în secțiunea a II-a și face referire la abordarea actuală care a continuat linia impusă de DSM III prin păstrarea criteriilor de diagnostic și nu aduce elemente de noutate spectaculoase. Cea de-a doua abordare, însă, a fost inclusă în secțiunea a III-a și are în vedere o bază dimensională a personalității în defavoarea perspectivei categoriale bazată pe criterii definitorii din cealaltă secțiune. Tulburările de personalitate sunt privite în această abordare alternativă din prisma a două elemente esențiale – funcționalitatea individului și morbiditatea trăsăturilor de personalitate. Conform noului model, o tulburare de personalitate poate fi identificată atunci când individul prezintă atât disfuncționalitate individuală și interpersonală, cât și una sau mai multe trăsături morbide de personalitate. Diferența majoră față de abordarea din secțiunea a II-a este dată de accentul considerabil pus pe funcționalitate – un individ poate să prezinte o trăsătură de personalitate care iese din tipare și care poate fi considerată patologică, însă să funcționeze la fel de bine care cei care au trăsături care gravitează în jurul mediei (APA, 2013).

1.1. Caracteristici generale și tablouri clinice ale tulburărilor de personalitate

Tulburările de personalitate sunt definite în DSM 5 ca fiind un pattern afectiv și comportamental care are următoarele

caracteristici: se îndepărtează de normele specifice contextului individului, este pervaziv sau generalizat și rigid, debutează la vârsta de adult tânăr sau în adolescență și are un curs stabil care conduce la distress resimțit la nivel subiectiv sau disfuncționalitate. Caracterul psihopatologic al trăsăturilor de personalitate morbide este descris de DSM 5 prin prisma îndepărtării de la media comportamentelor specifice culturii din care face parte individul, dar și a distressului experimentat și a disfuncționalității. Toate aceste elemente trebuie să fie identificate pentru stabilirea diagnosticului – identificarea disfuncționalității ca dimensiune a tulburării în defavoarea criteriilor de diagnostic categoriale este favorizată de abordarea tulburărilor personalității inclusă în cea de-a III-a secțiune a manualului (APA, 2013).

Stabilirea diagnosticului de tulburare de personalitate este de multe ori o sarcină dificilă. Una dintre cele mai mari probleme de care se lovește specialistul este faptul că sistemul criteriilor propus de DSM pentru diagnostic este unul care stabilește diferențe calitative între tipurile de diagnostic, în condițiile în care trăsăturile de personalitate sunt dimensionale prin definiție. Cu alte cuvinte, este dificil să stabilim diferențe categoriale între trăsăturile incluse în tulburările de personalitate, dovadă fiind suprapunerile care apar chiar la nivelul criteriilor de diagnostic; alternativa abordării categoriale a tulburărilor de personalitate este abordarea dimensională, care studiază trăsăturile de personalitate manifestându-se în diferite dimensiuni în funcție de anumite criterii (funcționarea interpersonală sau individuală, de pildă). Alți factori care argumentează dificultatea stabilirii diagnosticului pentru aceste tulburări se referă la nivelul relativ scăzut al validității diagnosticelor incluse în această categorie care atrage după sine

împiedicarea stabilirii solitare a unui diagnostic de tulburare de personalitate atunci când simptomele pot fi explicate de o altă tulburare mentală (Karukivi, 2017).

În abordarea categorială, DSM 5 continuă taxonomia propusă de DSM III-R prin enumerarea celor trei grupe ale tulburărilor de personalitate: clusterul A, B și C. În prima grupă sunt incluse tulburările care au în comun comportamente de retragere socială sau care lasă impresia bizareriei și a suspiciunii. Din acest cluster fac parte tulburarea de personalitate paranoidă, tulburarea de personalitate schizoidă și tulburarea de personalitate schizotipală. Tulburările incluse în cel de-al doilea cluster au în comun trăsături de personalitate care capătă o valență dramatică, caracterizate de exuberanță și nuanțe emfatică, dar și de atragere a atenției. Aici sunt incluse tulburările caracterizate de cel mai ridicat grad de lăbilitate emoțională din perspectiva trăsăturilor de personalitate. Tulburările incluse aici sunt tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea de personalitate borderline, tulburarea de personalitate histrionică și tulburarea de personalitate narcisistă. În fine, clusterul C este caracterizat de trăsături rigide, tensionate, stricte, marcate de anxietate și hipercontrol. Tulburările regăsite în această grupă sunt tulburarea de personalitate evitantă, tulburarea de personalitate dependentă și tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (Morrison, 2014).

Pentru identificarea acurată a simptomelor și pentru o colaborare eficientă între specialiști în vederea gestionării diagnosticului din categoria tulburărilor de personalitate, următoarele elemente trebuie avute în vedere:

1. Verificarea duratei simptomelor – asigurarea faptului că simptomul care pare să își aibă originea într-o trăsătură de personalitate este prezent cel puțin din perioada de adult tânăr;

2. Verificarea impactului simptomelor – domenii precum relaționarea, funcționarea profesională sau școlară trebuie să fie afectate pentru stabilirea diagnosticului;
3. Examinarea potrivirii tabloului clinic pentru un diagnostic de tulburare de personalitate în întregime;
4. Stabilirea diagnosticului înainte de împlinirea vârstei de 18 ani este deseori riscantă, trăsăturile de personalitate nefiind clar conturate – în multe cazuri, manifestările patologice care mimează trăsăturile de personalitate înainte de 18 ani se datorează altor tulburări mentale. Totuși, diagnosticul se poate stabili dacă au fost îndeplinite criteriile de diagnostic cel puțin în ultimele 12 luni, iar celelalte tulburări mentale probabile au fost excluse;
5. Excluderea altei tulburări psihice acute care ar putea explica manifestările morbide;
6. Revizuirea caracteristicilor generale pentru fiecare cerință impusă pentru stabilirea diagnosticului;
7. Analizarea istoricului medical al pacientului pentru excluderea altor tulburări de personalitate din antecedente;
8. Consemnarea tuturor diagnosticelor mentale, fie că sunt din categoria tulburărilor de personalitate, fie că fac parte din celelalte categorii (Morrison, 2014).

În istoria psihopatologiei, operaționalizarea criteriilor de diagnostic propusă de DSM III pentru tulburările psihice a coincis cu o creștere semnificativă a fidelității diagnosticului stabilit, întrucât specialiștii beneficiau de o platformă comună pe baza căreia să încadreze nosologic simptomatologia psihiatrică. Totuși, în cazul unor tulburări, creșterea fidelității nu a însemnat și creșterea validității, întrucât unele simptome fie nu aveau corespondent în realitate, fie se suprapuneau peste altele similare. Este cazul tulburărilor de personalitate, care,

abordate din perspectiva categorială, par să aibă un nivel foarte ridicat de comorbiditate (în condițiile în care personalitatea ar trebui să fie definitorie pentru individ), instabilitate temporală (o trăsătură de personalitate este stabilă în timp) sau heterogenitate. În pofida utilității abordării categoriale, DSM 5 recunoaște necesitatea privirii dintr-o altă perspectivă prin includerea unei abordări dimensionale ale tulburărilor personalității. Dacă în modelul categorial clinicianul decidea diagnosticul prin observarea prezenței sau absenței unui simptom definitoriu care se dorea a fi specific pentru o anumită tulburare de personalitate, în abordarea dimensională judecata clinică se bazează pe un continuum în care simptomul este observat. Acest continuum este dat de funcționalitate în abordarea DSM 5. Practic, manualul propune ca alternativă la modelul categorial urmărirea impactului trăsăturilor patologice de personalitate asupra funcționării individului, dimensiunea funcționării desfășurându-se pe un continuum care pornește de la lipsa afectării funcționării sau afectare redusă până la afectare extremă a funcționării (Ofrat, Krueger & Clark, 2018).

Cele două abordări diferite subliniază dificultatea impusă de gestionarea terapeutică a unui diagnostic din spectrul tulburărilor de personalitate, însă în același timp arată necesitatea investigației minuțioase a manifestărilor care definesc patologia cu care se prezintă pacienții la clinicile de specialitate.

1.1.1. Grupul A al tulburărilor de personalitate

Este primul cluster dintre tulburările personalității în abordarea categorială și include trei tulburări: tulburarea de personalitate paranoidă, schizoidă și schizotipală. Elementul central care definește cele trei tulburări, fiind în același timp

motivul pentru care ele sunt introduse împreună în clusterul A în abordarea categorială a tulburărilor de personalitate este dat de caracterul bizar al trăsăturilor care compun tablourile clinice, dar și de răceală afectivă sau iraționalitate.

Tulburarea de personalitate paranoidă

Tulburarea de personalitate paranoidă se caracterizează printr-un tipar de comportamente, sentimente și gânduri care denotă suspiciunea și neîncrederea constantă în persoanele din jur. Pacienții care poartă acest diagnostic sunt reticenți în a-și împărtăși informațiile personale chiar și cu persoanele din cercul apropiat, întrucât se așteaptă să fie trădați în orice moment, iar acele informații folosite împotriva lor. Suspiciunea lor se manifestă chiar și împotriva partenerului de viață, pe care îl suspectează de infidelitate constantă (Morrison, 2014).

Suspiciunea marcată a pacienților cu tulburare de personalitate paranoidă este văzută de ceilalți în tendința de a li se interpreta acțiunile inofensive drept rău voitoare, malițioase, fiind percepute de către bolnav ca fiind acte deliberate de prejudiciere personală. În spectrul cognitiv domină ideile de referință – pacientul consideră că toate acțiunile întreprinse de cei din jur au scopul clar de a-l pune într-o lumină nefavorabilă, iar dacă acțiunile nu sunt bine conturate, atunci comportamentul non-verbal al celor din jur este cel care îi justifică temerile. În multe cazuri, pacienții se consideră raționali și obiectivi, lucru care întărește ideile de suspiciune. Din punct de vedere afectiv întâlnim o sferă emoțională restrânsă și o capacitate săracă de exprimare a emoțiilor. La fel ca în majoritatea tulburărilor de personalitate, pacienții cu tulburare de personalitate paranoidă nu reușesc să empatizeze cu persoanele din jurul lor (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015).