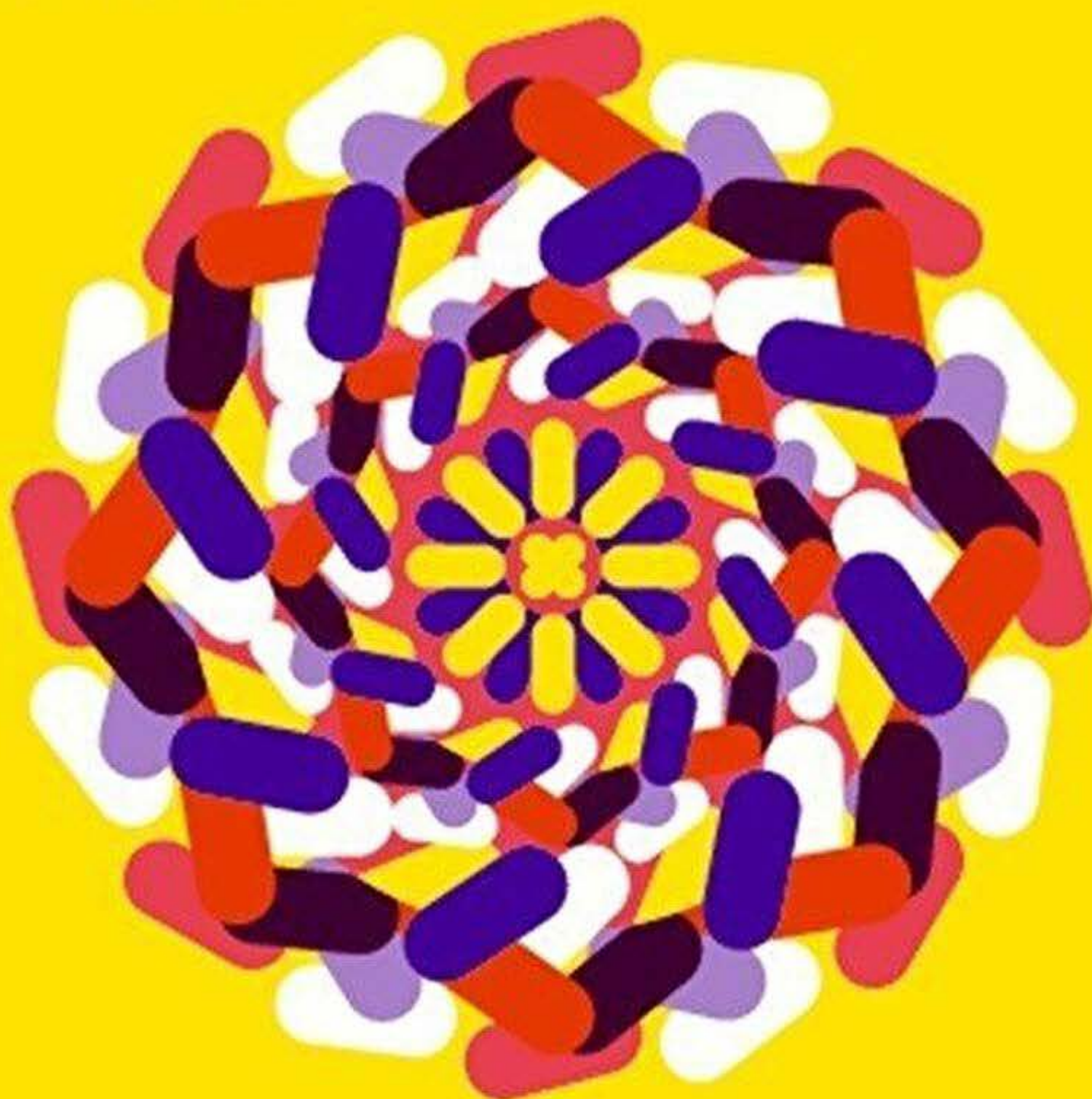


Tulburările de personalitate din DSM-5

Len Sperry

Evaluare, conceptualizare de caz
și tratament



TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

800 255
Len Sperry

Tulburările de personalitate din DSM-5

Evaluare, conceptualizare de caz și
tratament

Traducere din engleză de
Camelia Dumitru



3
TREI



Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactor:
MANUELA SOFIA NICOLAE

Coperta:
FABER STUDIO

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
MIHAELA GAVRILOIU

Corectură:
RODICA CĂRSTEA
CRISTINA BĂLAN

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
SPERRY, LEN

**Tulburările de personalitate din DSM-5: evaluare, conceptualizare
de caz și tratament** / Len Sperry; trad. din engleză de Camelia Dumitru. -

București: Editura Trei, 2018

Conține bibliografie

Index

ISBN 978-606-40-0536-6

I. Dumitru, Camelia (trad.)

159.9

Titlul original: Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-5 Personality Disorders,

3rd Edition

Autor: Len Sperry

Copyright © 2016 by Taylor & Francis

All rights reserved.

Authorised translation from the English language edition published by Routledge, a
member of the Taylor & Francis Group LLC.

Copyright © Editura Trei, 2018

pentru prezenta ediție

O.P. 16, Ghișeu 1, C.P. 0490, București

Tel.: +4 021 300 60 90; Fax: +4 0372 25 20 20

e-mail: comenzi@edituratrei.ro

www.edituratrei.ro

ISBN: 978-606-40-0536-6

Cuprins

7	Cuvânt înainte
15	Prefață
19	Mulțumiri
21	1. Diagnoza și tratamentul tulburărilor de personalitate în prezent
85	2. Conceptualizarea de caz și tratamentul eficient al tulburărilor de personalitate
112	3. Tulburarea de personalitate antisocială
153	4. Tulburarea de personalitate evitantă
189	5. Tulburarea de personalitate borderline
247	6. Tulburarea de personalitate dependentă
283	7. Tulburarea de personalitate histrionică

6	317	8. Tulburarea de personalitate narcisică
	357	9. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă
	395	10. Tulburarea de personalitate paranoidă
	431	11. Tulburarea de personalitate schizoidă
	462	12. Tulburarea de personalitate schizotipală
	492	Bibliografie
	531	Index

Cuvânt înainte

În 1964, proaspăt student la masterat al Universității din New York, am urmat cursul obligatoriu de psihopatologie. Profesorul cita liber dintr-un volum pe care-l numea „Manualul de diagnostic și clasificare statistică” (Diagnostic and Statistical Manual) sau DSM, publicat în 1952 de Asociația Americană de Psihiatrie. Noi am întrebat imediat dacă puteam să achiziționăm de la librărie cartea subțire, legată pe spiră, dar profesorul ne-a răspuns că accesul le era permis doar *psihiatrilor*, iar aceștia puteau folosi cartea doar pentru a diagnostica un pacient. În mod limpede, obținuse volumul folosind o minciună sau printr-un fel de subterfugiu. Deși nu consideram că era ceva drept, ca noi studenți la masterat am recunoscut ierarhia din domeniul sănătății mentale. Psihiatrul se afla în vârf, iar psihologii nu erau hirotonosiți pentru a putea citi sau folosi sfintele cuvinte ale DSM-ului. Această primă ediție nu era denumită DSM-I, ci simplu DSM, fără vreo prevestire a ceea ce urma să vină. În DSM-I toate tulburările mentale erau împărțite în două grupe principale: „(1) cele în care exista o perturbare a funcționării mentale, rezultând din sau precipitată de o afecțiune primară a funcționării cerebrale, în general cauzată de o afectare difuză a țesutului cerebral; și (2) cele care sunt rezultatul unei dificultăți

mai generale în adaptarea individului și în care orice perturbare asociată a funcțiilor cerebrale este secundară tulburării psihiatrice” (p.9). DSM-ul, așa cum ne putem aștepta de la spiritul vremii, era inundat de perspectiva din acea perioadă a psihanalizei. Descrierile erau succinte și lăsau încă foarte mult loc pentru interpretarea și creativitatea clinicianului.

De abia în 1968, odată cu publicarea celei de-a doua ediții a DSM, numită DSM-II, edițiile au început să fie numerotate. Singurul loc de unde puteam obține manualul DSM-II era librăria Facultății de Medicină. I-am dat banii unuia dintre colegii noștri, iar el ne-a cumpărat fiecăruia câte un exemplar. Nu am întrebat niciodată la ce minciuni a trebuit să recurgă pentru a trece de ochii de vultur ai casieritelor de la librărie.

În 1980, eram psiholog clinician cu drept de liberă practică și când m-am confruntat cu cel mai oribil eveniment de până atunci din cariera mea. A fost publicată cea de-a treia ediție, DSM-III. Doar greutatea și mărimea acestui nou volum m-au determinat să mă gândesc că trebuia să părăsesc psihologia clinică. Nu aveam cum, sub nicio formă, să învăț toate aceste noi informații sau să mă familiarizez cu acest nou format de diagnostic. Descrierile diagnostice din DSM-I acopereau 31 de pagini (pp. 12–43). În cazul DSM-II existase o creștere în lungime de 38 de pagini. Acum, în DSM-III, descrierile diagnostice cuprindeau aproape 300 de pagini. Cine erau indivizii care-i făceau asta domeniului? Care dintre noi putea să stăpânească această creștere înzecită a materialului? În 1980, psihologii puteau deja să obțină DSM-ul și să-l folosească pentru diagnostic. Existau câteva adăugiri excelente, inclusiv ideea unui diagnostic multiaxial. În vremurile bune, cineva putea să-și conceapă propriul diagnostic cu o anumită siguranță, folosind formulări

mixte, inclusiv idei dinamice, comportamentale și mitice. În 1980, însă, existau deja limite stabilite referitoare la ce puteam folosi ca afirmații diagnostice. Unii dintre noi au fost tulburați de aceste constrângeri; alții au fost liniștiți de limite. Dacă un pacient nu îndeplinea criteriile pentru un anumit diagnostic, atunci nu putea fi diagnosticat cu acea tulburare. Dacă, totuși, pacientul îndeplinea criteriile minime, pacientul putea primi diagnosticul, fie că acest lucru îi convenea sau nu clinicianului. Așa cum i-am învățat pe studenții mei: „Dacă arată ca o rață, merge ca o rață și măcăne ca o rață, cel mai probabil este o rață, nu un câine care a învățat o limbă străină.” O modificare fundamentală în DSM-III a fost ideea diagnosticării unui individ pe cinci axe separate și distincte. Diagnosticul multiaxial i-a permis clinicianului să identifice și să codifice „aspectele ce țin de mediu și ariile de funcționare care ar putea fi trecute cu vederea, dacă accentul ar cădea doar pe evaluarea unei singure probleme actuale” (p. 23). Cele cinci axe erau:

- Axa I Sindroame clinice
- Axa II Tulburări de personalitate
Tulburări de dezvoltare specifice
- Axa III Tulburări fizice și probleme medicale/de sănătate
- Axa IV Severitatea factorilor de stres psihosociali
- Axa V Cel mai înalt nivel de funcționare adaptativă din ultimul an

O categorie non-axială ar putea fi folosită atunci când condițiile nu pot fi atribuite unei tulburări mentale, dar rămân totuși în centrul atenției sau al tratamentului (de exemplu, probleme ocupaționale, probleme maritale). Acestea erau codificate sub coduri „V”.

În 1994, a fost publicată cea de-a patra ediție a DSM (DSM-IV), în care definițiile termenilor au crescut până la uluitorul număr de 650 de pagini. Descrierea tulburării de personalitate antisocială era aceeași, deși unele dintre criterii erau diferite de DSM-III-R.

În 2000, a fost publicat DSM-IV-TR. Seturile de criterii erau în general neschimbate, dar a existat o revizuire substanțială în ceea ce privește descrierile, trăsăturile, factorii culturali, vârsta și diferențele de gen, trăsăturile asociate, prevalența, evoluția tulburării, tiparul familial și diagnosticul diferențial. Definirea termenilor acoperea acum 703 de pagini, de aproape 23 de ori numărul paginilor de definiții din DSM-I.

În sfârșit, în 2013, a avut loc mult așteptata și mult trâmbițata publicare a DSM-5. Definițiile ocupă acum 775 de pagini — din nou, o creștere de aproximativ 10 procente. Au existat modificări în multe domenii, dar puține (aproape deloc) în ceea ce privește criteriile și descrierile tulburărilor de personalitate. Dat fiind că pacienții cu tulburări de personalitate sunt, adeseori, printre cei mai dificil de tratat și necesită mai multă muncă și energie din partea terapeutului, totul fără același succes al tratamentului, acești pacienți pot ocupa o mare parte din energia și atenția terapeutului.

Deși au existat dezacorduri privind abordarea categorială propusă de DSM și ICD, din cauza potențialului său de „etichetare” sau „catalogare”, aceste volume reprezintă schema de diagnostic folosită în mod obișnuit pentru toate tipurile de tulburări mentale. Abordarea DSM-ului a fost criticată ca fiind greoaie, chiar descurajându-i pe studenții la medicină să ia în calcul o carieră în psihiatrie. Scopul nostru nu este să dezbaterem valoarea DSM-ului, renunțarea la sistemul multiaxial sau acuratețea criteriilor. În opinia noastră, o problemă probabil mai

importantă în folosirea DSM-ului și ICD-ului deopotrivă constă în lipsa definițiilor operaționale în ambele scheme de diagnostic. Lectura ambelor volume ar releva faptul că mulți termeni sunt evidenți de la sine și nu necesită explicații. De exemplu, primul criteriu din DSM-5 pentru tulburarea de personalitate borderline afirmă: „Eforturi susținute pentru a evita un abandon real sau imaginar.” Cuvintele „efort”, „a evita”, „real” și „imaginar” necesită destul de puține clarificări. Totuși, termenii „susținute” și „abandon” sunt destul de vagi și deschiși interpretării. De asemenea, dată fiind lipsa de acord asupra tuturor termenilor, trebuie menționat că mai bine de 200 de combinații de criterii pot fi folosite pentru a îndeplini numărul necesar de criterii pentru a ajunge la un diagnostic asupra oricărei tulburări de personalitate.

Pentru a spori confuzia diagnostică, Organizația Mondială a Sănătății pregătește, în prezent, cea de-a 11-a ediție a ICD — *International Classification of Diseases*. În plus, în 2006, a fost publicat *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM — *Manualul de diagnostic psihodinamic*), un efort în colaborare la care au participat American Psychoanalytic Association, International Psychoanalytical Association, Division of Psychoanalysis of the American Psychological Association, American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry și National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work. Conform expunerii oferite de autori, PDM este „un cadru-diagnostic care încearcă să caracterizeze întreaga gamă a funcționării unui individ — profunzimea, precum și suprafața tiparelor emoționale, cognitive și sociale” (p. 1).

Date fiind lipsa de coerență, confuzia privind entitățile diagnostice și problemele privind unitatea de sens, a devenit

necesară publicarea unui unic volum care să poată explica și ordona piesele. Pentru a face acest lucru, avem nevoie de o perspectivă clară în legătură cu ce este o tulburare de personalitate și ce impact ar putea avea aceasta asupra unui individ și asupra familiei sale, precum și asupra sistemului său cultural. E necesară o înțelegere clinică a multiplelor modele de tratament și capacitatea de a aplica această înțelegere diagnostică în practica clinică. Este necesar ca autorul să-l poată implica pe cititor la mai multe niveluri: diagnostic, teoretic, strategic și tehnic. Cea de-a treia ediție a volumului „Tulburările de personalitate din DSM-5” are toate aceste elemente și chiar mai mult.

Primele două capitole ar trebui incluse într-o monografie unitară care să devină lectură obligatorie pentru orice curs de master în psihopatologie. Capitolul 1, despre diagnosticul și tratamentul tulburărilor de personalitate, oferă nu doar perspectiva istorică asupra tulburărilor de personalitate, ci abordează și dezvoltarea și maturizarea perspectivei clinice asupra acestor tulburări și asupra tratamentului indivizilor al căror comportament, dispoziție și stil le-au câștigat apartenența la acest grup redus, dar important. După ce trece în revistă modificările incluse în actuala revizuire a DSM-ului, Sperry îl familiarizează pe clinician/cititor cu schema de diagnostic care a devenit modelul standard. Autorul descrie problematicile fundamentale ce țin de comorbiditate, eterogenitate și înțelegerea constructului de personalitate. Putem recunoaște cu ușurință că indivizii au stiluri personale ce pot fi emblematice pentru modul în care aceștia răspund, atât interactiv, cât și intrapsihic. Atunci când acest stil perturbă funcționarea sau duce la un comportament dezadaptativ, stilul respectiv devine tulburare. Discuția despre modelul alternativ al tulburărilor de personalitate este foarte valoroasă,

atât pentru novice, cât și pentru clinicianul experimentat, de orice orientare. Constructele „funcționare a personalității” și „trăsături de personalitate” sunt înțelese dimensional, ca niveluri de afectare, de la lipsa afectării, oarecare afectare, afectare moderată, afectare severă și afectare extremă.

Discuția despre stilurile și tulburările de personalitate raportate la stilul de atașament al individului este extrem de utilă, atât pentru diagnoză, cât și pentru planificarea tratamentului. Cei mai mulți clinicieni își privesc pacientul raportându-se la *fenotipul* acestuia — cum este perceput pacientul de către ceilalți și cum este descris comportamentul acestuia, prin intermediul setului de criterii. Sperry argumentează importanța *genotipului*, a temperamentului și a bazei neuroștiințifice, descriind însă și *sociotipul* pacientului, stilul de atașament familial și cultural al acestuia.

Trecerea în revistă a diverselor modele de tratament sprijinite empiric îi oferă cititorului o imagine asupra a ceea ce este disponibil în domeniu. Doar pentru atât și merită prețul plătit. Analiza psihoterapiei centrate pe tipare, propusă de Sperry, reprezintă o excelentă îmbinare a mai multor modele, detașându-se, însă, prin puternica loialitate față de perspectiva DSM-5 privind stilurile și tiparele de personalitate. Extinsa erudiție a lui Sperry include analiza psihoterapiei centrate pe transfer, a tratamentului bazat pe mentalizare, a terapiei centrată pe scheme și a terapiei centrată pe dezvoltare.

În capitolul 2, Sperry abordează ceea ce reprezintă cea mai sofisticată și dificilă parte a procesului de tratament global, adică evaluarea și conceptualizarea stilurilor și tulburărilor. Cei mai buni terapeuți seamănă un pic cu Sherlock Holmes. Sunt versați în diverse teorii (nu în sensul că ar trebui să le practice

pe toate), înțeleg problematicile ce țin de istoria clientului/pacientului, se străduiesc să dezvolte o perspectivă ce include experiența culturală a pacientului și pot construi un model coerent al pacientului, pe care-l pot „testa” prin micro-intervenții. Colectarea de date și conceptualizările reprezintă domenii în care Sperry excellează. El îl conduce pe clinician într-o călătorie pas-cu-pas, care se finalizează cu clinicianul înțelegând, în mod real, de ce un set de intervenții tehnice are o mai mare probabilitate de funcționare, spre deosebire de un altul. Exemplele sale clinice aduc claritate și substanță discuțiilor despre tratament și-i oferă cititorului o privire profundă în gândirea critică a lui Sperry. Puține sunt textele care oferă o asemenea analiză clară și substanțială a acestui comportament complex (și fundamental). Discutând fiecare tulburare, Sperry folosește același format pentru fiecare capitol, ceea ce-i înlesnește cititorului lectura și este extrem de util pentru clinician.

În activitatea mea terapeutică, sunt un puternic susținător și utilizator al poveștilor, parabilelor, metaforelor și miturilor. Citind manuscrisul acestui text, am observat că pe fundalul minții mele era un personaj care dansa. Mi-am dat seama, în cele din urmă, cine era. Una dintre poveștile culese de Frații Grimm era despre un personaj numit Rumpelstiltskin. Acesta avea capacitatea de a toarce paie, transformându-le în aur. Este exact ceea ce a făcut Sperry cu acest volum, adevărat tur de forță. Len Sperry a luat paie diagnostice a mai bine de 60 de ani de DSM, ICD și PDM și le-a tors în aur clinic!

Art Freeman

Coordonator, „Terapia cognitivă a tulburărilor de personalitate”, a treia ediție

Prefață

În prezent, aproximativ 50% dintre persoanele evaluate în context clinic îndeplinesc criteriile pentru tulburare de personalitate (Zimmerman, Rotschild și Chelminski, 2005), la fel cum se întâmplă în cazul a 10% din populația generală (Torgersen, 2009). Aceste tulburări pot perturba puternic munca individului, familia și relațiile lui sociale. Tulburările de personalitate sunt asociate cu rate înalte de conflict în familie, separare, divorț, proceduri pentru obținerea custodiei copilului, pierderea locului de muncă, lipsa unui adăpost, consumul excesiv de substanțe, violența și comportamentul infracțional. Asemenea tulburări complică situațiile medicale co-existente, precum și prognosticul altor tulburări mentale. Ele sunt asociate cu o complianță scăzută la tratament, o folosire mai frecventă a serviciilor medicale și psihiatrice și cu probabilitatea recăderii și a încheierii premature a terapiei (Skodol, Bender, Gunderson, și Oldham, 2014). Fără îndoială, tratarea acestor tulburări poate fi extraordinar de provocatoare și, uneori, exasperantă pentru clinicieni.

Prima ediție a cărții de față, *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV Personality Disorders* (Sperry, 1995a) a pus o nouă piatră de temelie, fiind primul text cu autor unic care să abordeze diagnoza, conceptualizarea de caz și tratamentul

16 tulburărilor de personalitate din DSM. Se deosebea de alte cărți care abordau tulburarea de personalitate prin faptul că oferea o resursă succintă, dar amănunțită și prietenoasă pentru clinicieni și stagiari, în planificarea și implementarea unui tratament eficient al acestor tulburări. Cea de-a doua ediție a cărții, *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV-TR Personality Disorders* (2003) includea resurse suplimentare pentru diagnoza, planificarea și implementarea intervențiilor clinice eficiente. Această cea de-a treia ediție promite să continue tradiția formatului prietenos pentru cititor și a utilității clinice.

În cei 13 ani de la apariția celei de-a doua ediții, au avut loc câteva modificări privind sănătatea mentală, printre care, nu în ultimul rând, publicarea DSM-5. Erau așteptate modificări majore privind modul de caracterizare a tulburărilor de personalitate în DSM-5. Cu toate acestea, atunci când a apărut în mai 2013, au fost păstrate aceleași tulburări și criterii din edițiile anterioare. Cele câteva modificări specifice din DSM-5 privind tulburările de personalitate, inclusiv Modelul alternativ pentru tulburări de personalitate, sunt discutate în capitolul 1. În ciuda acestor minime modificări privind tulburările de personalitate din DSM-5, practica clinică și exigențele adresate clinicienilor s-au modificat semnificativ de la apariția primei ediții a cărții.

Printre aceste modificări se numără câteva progrese interesante, atât în cercetare, cât și în practica clinică. Multe dintre acestea sunt practici bazate pe dovezi științifice foarte eficiente. Sincronizarea în timp a acestor progrese nu putea fi mai bună. Ele coincid cu apogeul perioadei de responsabilitate, în care se așteaptă tot mai mult din partea terapeuților să ofere tratamente, bazate pe dovezi, tuturor clienților și pacienților lor, inclusiv celor cu tulburări de personalitate. Din fericire, cercetările demonstrează tot mai mult

17 că intervențiile psihoterapeutice focalizate sunt eficiente în tratarea acestor tulburări. În ultima decadă, clinicienilor le-au fost puse la dispoziție diverse noi intervenții și strategii de tratament pentru a efectua schimbări la nivelul acestor tulburări de personalitate.

Deși, cândva, se considera că sunt necesari ani de psihoterapie intensivă chiar și pentru tratamentul acelor tulburări de personalitate mai puțin severe, studiile de caz publicate și chiar studiile prospective arată că tratamentul de durată mai redusă poate fi eficient chiar și în cazul tulburărilor grave, inclusiv în tulburarea de personalitate borderline. Cu toate acestea, unii clinicieni rămân convinși că cele mai multe tulburări de personalitate sunt netratabile. Un studiu prospectiv recent (Zanarini, Frankenburg, Reich și Fitzmaurice, 2010) pune serios sub semnul întrebării această credință. Studiul a urmărit aproximativ 300 de persoane diagnosticate și tratate pentru tulburarea de personalitate borderline, de-a lungul unei perioade de mai bine de 10 ani. Principalele rezultate arătau că 87% dintre aceste persoane au obținut remisia simptomelor și 50% au obținut recuperarea totală. Acest lucru înseamnă că indivizii respectivi nu mai îndeplineau criteriile pentru această tulburare și funcționau destul de bine în viața lor cotidiană!

Alți clinicieni sunt mai optimiști, fără a cunoaște, însă, cele mai bune intervenții disponibile, bazate pe dovezi științifice și dovedite a fi eficiente, sau fără a le utiliza. S-a observat că „nihilismul terapeutic a generat o utilizare extinsă, dar foarte eterogenă a spectrului de modalități de tratament potențial valoroase” (Skodol, Bender, Gunderson și Oldham, 2014, p. 868). În contrast, clinicienii care sunt conștienți de cele mai bune tratamente disponibile, bazate pe dovezi, pe care le și folosesc, amplifică probabilitatea unui tratament reușit în rândul indivizilor cu aceste tulburări.

Cartea de față descrie cele mai recente progrese în tratamentul tulburărilor de personalitate. Lucrarea se axează asupra modului în care clinicienii își pot spori eficiența și eficacitatea în activitatea cu indivizii cu tulburări de personalitate, prin adoptarea unei strategii de tratament focalizate și individualizate. O premisă fundamentală care se află la baza acestei cărți este că cel mai eficient tratament este tratamentul individualizat, care abordează tiparele dezadaptative subiacente, precum și nivelul de severitate al tulburării.

Această nouă ediție subliniază aplicabilitatea și eficiența crescânde ale unei varietăți de intervenții, bazate pe dovezi, în cazul indivizilor cu tulburare de personalitate. Aceste intervenții includ terapiile cognitiv-comportamentale, terapia comportamentală dialectică, sistemul de psihoterapie bazat pe analiza cognitiv-comportamentală, psihoterapia centrată pe tipare, mindfulness, terapia centrată pe scheme, intervențiile structurate de tratament, psihoterapia centrată pe transfer, tratamentul bazat pe mentalizare și terapia centrată pe dezvoltare — toate evidențiate în cartea de față.

Cartea este gândită ca manual practic, având un format „prietenos cu cititorul”, atât pentru clinicienii practicanți, cât și pentru clinicienii aflați în perioada de formare. Textul le aduce clinicienilor o perspectivă plină de speranță privind tratabilitatea acestor tulburări, oferind intervenții de diagnostic și tratament extrem de eficiente pentru obținerea unor rezultate de tratament pozitive. Speranța mea este că această carte va aduce o schimbare în viața celor afectați de aceste tulburări.

Len Sperry

Mulțumiri

Este important să le mulțumesc public acelor persoane care m-au influențat semnificativ și care mi-au încurajat dezvoltarea în calitate de clinician. Unul dintre cei mai mari pionieri în domeniul tulburărilor de personalitate a fost regretatul Theodore Millon. Ted mi-a fost mentor și coleg, deopotrivă. Relația noastră a început în 1984, anul în care mi se acordase o bursă de cercetare la University of Wisconsin Medical School, iar el era profesor invitat. De-a lungul anilor, a fost binevoitor și generos cu timpul și feedbackul său. Îi voi rămâne întotdeauna recunoscător pentru cuvintele de susținere de pe coperta primei ediții a acestei cărți, care a apărut în 1995, precum și pentru cuvântul înainte pe care l-a scris pentru cea de-a doua ediție, apărută în 2003. Așteptarea era să scrie un cuvânt înainte și pentru această a treia ediție. Din nefericire, a trecut în neființă înainte ca această revizuire să fi fost finalizată. Cuvintele nu pot exprima adecvat aprecierea pe care o am pentru influența și încurajările sale.

De asemenea, le sunt deosebit de recunoscător colegilor mei de la Medical College of Wisconsin pentru prietenia și minunatul lor feedback și sprijin primit de-a lungul anilor. Printre aceștia se numără dr. Harry Prosen și dr. Laura Roberts, foști șefi de catedră, și dr. Jon Lehrmann, actualul șef de catedră al

20 Departamentului de psihiatrie și medicină comportamentală. Voi toți mi-ați îmbogățit cariera și mi-ați susținut cercetările și scrierile. Vreau, de asemenea, să-i mulțumesc colegului și prietenului meu dr. Paul R. Peluso de la Florida Atlantic University.

Ca întotdeauna, mii de mulțumiri dr-ului George Zimmar, editorul meu de atâta vreme și prietenul meu de la Routledge/Taylor și Francis, pentru că m-a încurajat să finalizez această a treia ediție. În sfârșit, trebuie să recunosc eforturile lui George Stoupas, unul dintre doctoranzii mei, care m-a sprijinit în etapa finală a acestei revizui.

1

Diagnoza și tratamentul tulburărilor de personalitate în prezent

Primul capitol al primei ediții a „*Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV Personality Disorders*” (Sperry, 1995a) ase-măna schimbarea de paradigmă care avea loc în domeniul tulburărilor de personalitate începând cu anii 1990, cu schimbarea de paradigmă care avusese deja loc în cazul tulburărilor depressive. Până la mijlocul anilor 1970, mulți clinicieni se simțeau relativ ineficienți în tratarea tulburărilor depressive, iar până la începutul anilor 1990 același sentiment era împărtășit de numeroși clinicieni în legătură cu tratarea tulburărilor de personalitate. Am subliniat că o astfel de schimbare de paradigmă, ce implică tulburările de personalitate, ar necesita o modificare semnificativă a modului în care clinicienii conceptualizează, evaluează și tratează aceste tulburări. Am prevăzut că, deși astfel de modificări ale atitudinii și tiparelor de practică pot fi întâmpinate cu rezistență de unele persoane, cei mai mulți clinicieni vor răspunde acestei provocări. O astfel de modificare ar fi însemnat renunțarea la perspectiva prevalentă la acea vreme, conform căreia tulburările de personalitate erau

22 în mod fundamental stări „netratabile“. Cu o oarecare emoție, am încheiat capitolul cu un citat care să transmită sentimentul că profesioniștii din domeniu ar putea ajunge chiar să considere că pacienții cu tulburare de personalitate vor „deveni cei mai bineveniți clienți în noul secol, clienți care sunt profund tulburați, dar pe care îi putem ajuta încrezători“ (*Clinical Psychiatry News*, 1991, p. 26).

După aproximativ 20 de ani și două ediții mai târziu, s-au schimbat multe în atitudinile și tiparele de practică ale clinicienilor. Într-adevăr, paradigma s-a schimbat. Deși nu fiecare clinician consideră că îl poate ajuta „încrezător“ pe fiecare individ cu tulburare de personalitate, există, totuși, un consens crescând printre clinicieni privind faptul că mulți pacienți pot fi ajutați prin intervențiile de tratament actuale, chiar și cei îndeplinind criteriile DSM-5 pentru tulburarea de personalitate borderline.

Acest capitol oferă o introducere și o trecere în revistă a diagnosticului și tratamentului tulburărilor de personalitate. Capitolul începe cu o descriere a modificărilor din DSM-5, subliniindu-le pe acelea care implica tulburările de personalitate, în special „Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate“ și Scala nivelului de funcționare a personalității. În continuarea acestora, există o succintă descriere și ilustrare a *Psychodynamic Diagnostic Manual*, o modalitate alternativă de conceptualizare a tulburărilor de personalitate. Partea principală a acestui capitol detaliază câteva tendințe interesante, de ultimă oră — atât în diagnostic, cât și în tratament — care duc mai departe schimbarea de paradigmă. Înainte de a detalia aceste tendințe, capitolul debutează explicând natura schimbării de paradigmă în curs de desfășurare în diagnoza și tratamentul

tulburărilor de personalitate. În sfârșit, capitolul se încheie cu o trecere în revistă a structurii Capitolelor 3-12.

23

DSM-5 și tulburările de personalitate

Sistemul de diagnostic DSM a trecut prin câteva schimbări majore de la momentul publicării celei de-a doua ediții a acestei cărți, în 2003. Cele mai multe astfel de schimbări au presupus adăugarea sau eliminarea unor diagnostice și criterii. Totuși, există și câteva modificări semnificative în structura DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2016), iar acestea au fost menționate succint aici.

DSM-5: Modificări generale

Cea mai evidentă schimbare în DSM-5 este revenirea la diagnosticul pe o unică axă, așa cum se întâmpla în DSM-I și DSM-II. Sistemul multiaxial (5 axe) a fost introdus în DSM-III și a continuat până la DSM-IV-TR, inclusiv. De o importanță semnificativă pentru tulburările de personalitate erau Axa II și Axa V. Axa II a fost adăugată pentru codificarea tulburărilor de personalitate, în timp ce Axa V fost adăugată pentru codificarea nivelului actual de funcționare și afectare a individului pe Scala Evaluării Globale a Funcționării. Au existat mai multe motive pentru eliminarea sistemului multiaxial. Printre acestea se numără un dezavantaj neașteptat în adăugarea axei II. Deși nu aceasta era intenția edițiilor anterioare ale DSM, oportunitatea specificării unui diagnostic de tulburare de personalitate a devenit ceva problematic pentru numeroși clinicieni. Din preocuparea ca nu cumva diagnosticul de tulburare de personalitate să-l

stigmatizeze pe individ, unii clinicieni au refuzat să specifice un diagnostic de Axa II, atunci când acesta era prezent. Situația a fost complicată de ideea eronată, împărtășită de terapeuți și de terțele părți plătitoare, conform căreia tulburările de personalitate erau netratabile. Drept urmare, unele persoane diagnosticate cu tulburare de personalitate au întâmpinat probleme în a-și asigura tratamentul. În prezent, însă, persoanelor care îndeplinesc criteriile pentru un diagnostic de tulburare de personalitate le poate fi mai ușor să se orienteze în domeniul tratamentului sănătății mentale din moment ce există o probabilitate redusă de a fi percepute ca având un diagnostic care este mai dificil de tratat, comparativ cu alte tulburări.

Prin eliminarea Axei V a dispărut și scorul Evaluării Globale a Funcționării (GAF — Global Assessment of Functioning). GAF era instrumentul de măsură numeric folosit de clinicieni pentru a nota starea de bine și funcționarea socială, ocupațională și psihologică a unui individ. Este un instrument de măsură subiectiv al gradului de adaptare (stare de bine) și dezadaptare (funcționare afectată) de care dă dovadă un individ în gestionarea diverselor probleme ale vieții cotidiene. În locul acestui instrument de măsură, în mare parte nesigur, a funcționării și afectării, DSM-5 încurajează utilizarea Inventarului de Evaluare a Dizabilității al Organizației Mondiale a Sănătății (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 — WHODAS 2.0). Cu toate acestea, GAF continuă să fie folosit de unii clinicieni. Scala oferă un continuum (1 — cel mai scăzut nivel până la 100 — cel mai înalt) pe care să se evalueze funcționarea globală și starea de bine. Clinicienii pot utiliza, de asemenea, Scala nivelului de funcționare a personalității (Level of Psychological Functioning Scale — LPFS), descrisă în cele ce urmează.

Deși au existat câteva modificări semnificative ale multor diagnostice din DSM-5, au existat foarte puține schimbări implicând tulburările de personalitate. În DSM-5 s-a păstrat definiția anterioară a tulburării de personalitate, ca fiind „un model persistent de trăiri interioare și comportament care se îndepărtează semnificativ de la normele specifice mediului cultural din care provine individul, este pervaziv (generalizat) și rigid, debutează în adolescență sau la vârsta de adult tânăr, este stabil în timp și conduce la suferință sau disfuncție” (*American Psychiatric Association, 2016, p. 645*). Deși au fost păstrate criteriile de diagnostic din DSM-IV-TR, a existat o actualizare a descrierilor diverselor tulburări. Cu toate acestea, există o modificare remarcabilă. Diagnosticul de tulburare de personalitate fără altă specificație (NOS) a fost înlocuit cu cel de Altă tulburare de personalitate specificată (301.89) și Tulburare de personalitate nespecificată (301.9).

În ciuda eforturilor Grupului Operativ pentru tulburările de personalitate din DSM-5 de a aduce modificări majore, cele 10 diagnostice „oficiale” pentru tulburările de personalitate rămân neschimbate față de DSM-IV-TR. Grupul Operativ a propus ca un model „dimensional” să înlocuiască modelul „categorial” existent, din cauza numeroaselor și semnificativele probleme ale acestuia din urmă. Totuși, în cele din urmă, propunerea a fost respinsă de Comitetul Director al American Psychiatric Association. În schimb, a fost exilată în „Capitolul III: Măsurători și modele emergente” ale manualului DSM-5. Noul model dimensional, dezvoltat de Grupul Operativ, este numit „Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate”,

spre deosebire de Modelul DSM-IV-TR pentru tulburările de personalitate, cunoscut și ca modelul categorial.

Modelul categorial al tulburărilor de personalitate

De ce să înlocuim atunci modelul categorial? Principalele trei preocupări majore legate de Modelul DSM-IV-TR pentru tulburările de personalitate se referă la comorbiditate, eterogenitate și la constructul de personalitate.

Preocuparea privind comorbiditatea este că indivizii pot îndeplini simultan criteriile pentru mai mult de o tulburare. De exemplu, s-a estimat că numărul modal al diagnosticelor de tulburare de personalitate posibile pentru un individ care îndeplinește criteriile pentru cel puțin o tulburare de personalitate DSM este de 3-4 diagnostice (Gunderson, 1996). Fără îndoială, acest lucru este problematic pentru conceptualizarea de caz și planificarea intervențiilor adaptate: dacă există 3 diagnostice, care dintre acestea ar trebui să reprezinte ținta inițială a tratamentului și de ce? Modelul alternativ al DSM-5 pentru tulburări de personalitate rezolvă această problemă prin diagnosticul de tulburare de personalitate cu trăsătură specificată (TP-TS). În cazul în care clientul nu se potrivește unei tulburări de personalitate specifice din DSM-5 (de exemplu, tulburarea de personalitate narcisică), clinicianul înregistrează TP-TS și detaliază trăsăturile de personalitate ale clientului semnificative din punct de vedere clinic. De exemplu, un client ar putea avea trăsături de tulburare de personalitate narcisică, histrionică, antisocială și borderline. În loc să înregistreze toate cele patru diagnostice, clinicianul poate înregistra TP-TS și poate nota amestecul de grandoare, căutare a atenției, conflictualitate și labilitate emoțională.

Cealaltă preocupare se referă la eterogenitate. Premisa Modelului DSM-IV-TR pentru tulburări de personalitate a fost că elaborarea unor categorii specifice de tulburare de personalitate va facilita diagnosticul corect. Din nefericire, personalitatea individului și trăsăturile psihopatologice se potrivesc, arareori, într-un asemenea model categorial. De exemplu, indivizii care îndeplinesc criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate borderline reprezintă un grup înalt eterogen. În realitate, există șase subgrupuri distincte de clienți care îndeplinesc criteriile, iar aceste subgrupuri se diferențiază semnificativ în privința preocupărilor terapeutice, precum tentativele anterioare de suicid, comportamentul antisocial și comportamentul de autovătămare (Wright et al., 2013). Modelul alternativ al DSM-5 pentru tulburări de personalitate reduce semnificativ problema eterogenității, deoarece eterogenitatea relevantă este specificată ca parte a procesului de diagnoză. De exemplu, un client poate corespunde profilului general al tulburării de personalitate borderline, dar prezintă și alte trăsături semnificative din punct de vedere clinic, cum ar fi credințe și experiențe neobișnuite. În acest caz, poate fi pus diagnosticul de tulburare de personalitate borderline, înregistrând, totodată, credințele și experiențele neobișnuite.

Cea de-a treia preocupare se referă la însăși natura diagnosticului categorial. Ne așteptăm ca modelul categorial să determine în mod corect dacă individul are sau nu o tulburare de personalitate. În numeroase privințe, un astfel de model nu este foarte potrivit pentru diagnosticarea tulburărilor de personalitate, din moment ce personalitatea este o dimensiune continuă, multifacetată. Pentru a ilustra acest aspect, să luăm în calcul trăsătura sentimentului de grandoare, o trăsătură caracteristică tulburării de personalitate narcisică. Pe un continuum de la stimă

de sine sănătoasă până la sentimentul egocentric de îndreptățire, unde poate pune un clinician limita între sănătate și tulburare, în privința acestei trăsături? Folosirea unui model categorial cu o dimensiune continuă, precum sentimentul de grandoare, se potrivește ca nuca în perete.

Date fiind aceste preocupări, nu este o surpriză că mulți clinicieni nu consideră Modelul DSM-IV-TR pentru tulburări de personalitate ca fiind foarte util din punct de vedere clinic. Drept urmare, ei amână adesea să noteze descrieri semnificative pentru personalitate în fișele clienților. De asemenea, numeroși clinicieni au perceput tulburările de personalitate DSM-IV-TR ca fiind tulburări înalt stigmatizate, ceea ce duce la o și mai mare reticență de a caracteriza adecvat, în practica clinică, trăsăturile tulburării de personalitate.

După câte s-ar putea presupune, Modelul alternativ poate rezolva aceste probleme. Un sondaj, realizat în rândul a 337 de psihiatri și psihologi, a identificat Modelul alternativ ca fiind, în mod considerabil, mai util decât Modelul DSM-IV-TR pentru tulburările de personalitate (Morey, Skodol și Oldham, 2014). Pe măsură ce clinicienii se familiarizează tot mai mult cu Modelul alternativ, clienții au șanse mai mari să primească evaluări și diagnostice mai corecte, ceea ce poate duce la o îmbunătățire a îngrijirii clinice.

Modelul alternativ al DSM-5 pentru tulburările de personalitate

Ce este, așadar, acest model alternativ? Recunoscând numeroasele limitări ale modelului categorial din DSM-IV, Grupul Operativ privind tulburările de personalitate din DSM-5 a

propus un model dimensional care să-l înlocuiască pe cel categorial. Acest model dimensional are două criterii fundamentale: funcționarea personalității și trăsăturile patologice de personalitate (*American Psychiatric Association, 2016*).

Funcționarea personalității. Sunt identificate patru elemente de funcționare a personalității. Există doi indicatori de funcționare individuală: identitatea și autocontrolul. Există, de asemenea, doi indicatori de funcționare interpersonală: empatia și intimitatea. Afectarea funcționării personalității la nivelul acestor patru elemente este evaluată de-a lungul unui continuum de la 0 la 4. Evaluarea unei astfel de afectări poate fi realizată prin *Scala nivelurilor de funcționare a personalității*, prezentată mai jos.

Trăsăturile patologice de personalitate. Sunt specificate cinci domenii largi ale trăsăturilor, într-o manieră dimensională sau continuă. Aceste trăsături sunt derivate din Modelul celor cinci factori ai personalității (Big-Five) și din psihopatologia personalității (*American Psychiatric Association, 2016, p. 773*). Domeniile trăsăturilor conțin 25 de fațete de trăsături specifice de personalitate. Aceste domenii și fațete pot fi evaluate folosind diverse teste psihometrice. Ele sunt: Afectivitate negativă versus Stabilitate emoțională, Detașare versus Extraversie, Conflictualitate versus Agreabilitate, Dezinhibiție versus Conștiinciozitate, Psihoticism versus Luciditate. În Modelul alternativ sunt enumerate doar șase tulburări de personalitate specifice, comparativ cu cele 10 actuale. Acestea sunt tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea de personalitate evitantă, tulburarea de personalitate borderline, tulburarea de personalitate narcisică, tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă și tulburarea de personalitate schizotipală. Din cauza absenței dovezilor care să sprijine includerea lor, următoarele patru nu

sunt incluse: tulburarea de personalitate dependentă, tulburarea de personalitate histrionică, tulburarea de personalitate paranoică și tulburarea de personalitate schizoidă.

Cu ajutorul acestei metode dimensionale, este posibilă acum diagnosticarea unei tulburări de personalitate pe baza trăsăturilor. Este folosită denumirea: „Tulburare de personalitate — Specificată de trăsături“. O altă trăsătură utilă a Modelului alternativ este că poate fi folosit pentru a evalua funcționarea și trăsăturile personalității, indiferent dacă este sau nu prezentă o tulburare de personalitate. Acest aspect amplifică utilitatea clinică a Modelului alternativ, deoarece îi asistă pe clinicieni în identificarea punctelor tari ale clienților, pe lângă deficite.

E de așteptat ca, la un moment dat, în viitor, acest model să devină abordarea de diagnostic „oficială“ pentru tulburările de personalitate. Între timp, clinicienii ar putea dori să se familiarizeze cu modelul. Ei pot alege și să utilizeze modelul în prezent.

Scala nivelului de funcționare a personalității

În evaluarea funcționării clientului, pe lângă Inventarul de Evaluare a Dizabilității al Organizației Mondiale a Sănătății 2.0 (WHODAS 2.0), clinicienii pot utiliza și Scala nivelului de funcționare psihologică (LPFS). Această scală este inclusă la paginile 775–778 din Capitolul III al DSM-5 (*American Psychiatric Association, 2016*). LPFS este un instrument de măsură obiectiv pentru a determina rapid și corect prezența unei tulburări de personalitate. Ea evaluează cele patru componente ale funcționării personalității conform Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate: identitate, autocontrol,

empatie și intimitate (Bender, Morey și Skodol, 2011). Afectarea acestor patru elemente ale funcționării personalității este notată de-a lungul unui continuum, pe cinci niveluri de funcționare și afectare, unde 0 = disfuncție redusă sau lipsa disfuncției; 1 = oarecare grad de disfuncție; 2 = disfuncție moderată; 3 = disfuncție severă; și 4 = disfuncție foarte severă. Pentru un diagnostic de tulburare de personalitate este necesar un nivel moderat sau mai mare al afectării. Tabelul 1.1 rezumă aceste niveluri de funcționare și afectare.

TABELUL 1.1 Nivelurile de funcționare a personalității

0. Lipsa disfuncției.

Acești indivizi funcționează optim în toate domeniile vieții. Au un sentiment de sine și despre lume bine integrat. Trăiesc o viață emoțională în cea mai mare parte pozitivă și reglată adecvat. Sunt orientați către scop și posedă capacitatea de a funcționa productiv în societate. Empatizează ușor cu ceilalți și pot forma relații mutual împărtășite și satisfăcătoare.

1. Disfuncție scăzută.

Acești indivizi au un sentiment de sine și despre lume relativ intact și o claritate diminuată privind limitele în fața emoțiilor puternice sau a suferinței mentale. Pot fi excesiv de orientați către scop sau inhibați în privința scopului sau au standarde personale oarecum nerealiste. Tind să prezinte anumite dificultăți în evaluarea și înțelegerea perspectivelor celorlalți și e posibil să nu fie mereu conștienți de efectul comportamentului lor asupra altor persoane. Deși pot stabili relații intime și reciproce, pot fi întrucâtva limitați în capacitatea lor de a-i respecta pe ceilalți și de a coopera cu ei.

2. Disfuncție moderată.

Acești indivizi au un sentiment de sine și despre lume compromis, alături de o oarecare dificultate în respectarea limitelor. Autoevaluarea lor tinde să fie supradimensionată sau subdimensionată și pot prezenta dificultăți

în reglarea emoțională. Amenințările la adresa stimei de sine pot genera emoții puternice, precum furia și rușinea. Obiectivele reprezintă cel mai adesea o modalitate de câștigare a aprobării externe decât pe cea autogenerată și, prin urmare, le lipsesc coerența și stabilitatea. Capacitatea lor pentru empatie este întrucâtva limitată. Deși pot forma relații, sunt superficiali și nu întotdeauna mutuali. Cooperează cu ceilalți în primul rând pentru câștigul personal.

3. Disfuncție severă.

Acești indivizi au un sentiment de sine sărăcit. Autoevaluarea lor variază de la ura de sine la grandoarea sinelui. Au dificultăți semnificative în ceea ce privește reglarea emoțională. Au un simț al autonomiei redus și pot avea trăiri de lipsă a identității sau sentiment de gol. Limitele sunt slab definite sau rigide. Le este greu să-și stabilească și să-și atingă obiectivele personale. Capacitatea lor de a reflecta asupra experiențelor interioare și de a le înțelege este destul de restrânsă, iar capacitatea lor pentru empatie este limitată. Relațiile lor sunt instabile și sunt văzute ca fiind mijloace de satisfacere a nevoilor. Eforturile de cooperare sunt adesea perturbate din cauza percepției unor ofense din partea altora.

4. Disfuncție extremă.

Acești indivizi au un sentiment de sine puternic sărăcit, dezorganizat, slab, ineficient și/sau conflictual. Prezintă o înclinație către emoțiile negative și considerabil lipsite de reglare. Capacitatea lor pentru empatie este semnificativ limitată și nu pot lua în calcul perspective alternative sau se simt amenințați de acestea. Le lipsește capacitatea de funcționare interpersonală adaptată și bazată pe cooperare, precum și comportamentul social de acest tip.

Manualul de diagnostic psihodinamic

Această secțiune descrie succint încă o alternativă la DSM-5, valoroasă din punct de vedere clinic și pe care un număr tot

mai mare de clinicieni o folosesc în planificarea și implementarea tratamentului indivizilor cu o tulburare de personalitate. Manualul de diagnostic psihodinamic (*The Psychodynamic Diagnostic Manual — PDM*) (PDM Task Force, 2006) este un cadru de diagnostic, care îi descrie pe indivizi atât în termeni psihodinamici, cât și în termenii funcționării emoționale, cognitive și sociale. Scopul PDM este de a veni în completarea „Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mentale” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM) cu descrieri psihodinamice ale tiparelor de personalitate, funcționării globale și formării simptomului. În plus, PDM subliniază factorii motivaționali care se află, de obicei, în spatele emergenței unor anumite tulburări de personalitate și a unor tulburări simptomatice (tulburările depressive), precum și maniera în care indivizii cu aceste tulburări probabil le trăiesc. În timp ce DSM oferă o descriere comportamentală și criterii de diagnostic ale unei tulburări specifice, PDM identifică influențele și cauzele sau etiologia care se află în spatele acelei tulburări. PDM încearcă să explice cum și de ce aceste influențe apar în prezent și generează simptome, precum și rolul contextului de viață timpuriu, al factorilor de dezvoltare, al stresorilor actuali și factorilor psihologici interni. Pe scurt, spre deosebire de DSM, PDM oferă o înțelegere mai individualizată, dimensională și bazată pe motivație, precum și o strategie terapeutică pentru lucrul cu asemenea persoane.

PDM a fost publicat în 2006 ca rezultat al efortului comun al cinci organizații psihanalitice. A fost autorizat de un grup operativ format din Stanley Greenspan, Nancy McWilliams, Robert Wallenstein și un grup interdisciplinar format din alți 37 de

34 membri și consultanți ai grupului de lucru. În ciuda valorii clinice considerabile a PDM, pare puțin probabil ca PDM să înlocuiască DSM. Există mai multe motive pentru acest lucru, nu în ultimul rând pentru că nu are încă dovedită validitatea necesară pentru a-i garanta adoptarea pe scară largă. Per total, PDM vine în completarea DSM, oferind un cadru valoros pentru planificarea și implementarea tratamentului clinic.

În timp ce DSM-5 descrie 10 tulburări de personalitate, PDM descrie mai multe tulburări de personalitate suplimentare, frecvente în practica clinică, dar care poate că nu au baza în cercetare necesară celor descrise în DSM-5. Printre acestea se află tulburarea de personalitate depresivă, tulburarea de personalitate anxioasă, tulburarea de personalitate disociativă, tulburarea de personalitate sadică și sado-masochistă și tulburarea de personalitate pasiv-agresivă. Mai jos urmează o ilustrare a modului în care PDM conceptualizează un tablou clinic relativ comun, ce nu mai apare în versiunile recente ale DSM: tulburarea de personalitate pasiv-agresivă.

Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă

PDM conceptualizează tiparul pasiv-agresiv ca variantă a tulburării de personalitate dependente. De obicei, persoanele cu această tulburare se definesc raportându-se la ceilalți, dar cu o valență negativă, cum ar fi „Sunt soția aceluia nenorocit.” Asemenea celor cu personalitate paranoidă, acești indivizi atacă preventiv, în anticiparea faptului că vor fi atacați de ceilalți, însă fac acest lucru indirect. Similar persoanelor cu personalitate masochistă, ei se așteaptă să nu fie tratați bine și ripostează, însă cu viclenie. Deși au preocupări fundamentale narcisice,

35 acești indivizi tind să fie mai implicați din punct de vedere interpersonal, comparativ cu persoanele cu personalități narcisice. Preocuparea lor fundamentală este să se răzbune, tolerând, totodată, tratamentele nedrepte din partea celorlalți, iar principalele lor afecte sunt furia, resentimentul și plăcerea punerilor în scenă ostile. Principalele lor modalități de a se apăra constau în proiectarea negativității asupra celorlalți, negarea, externalizarea și raționalizarea. Imaginea lor de sine presupune că a te simți valoros necesită sabotarea realizărilor celorlalți. În legătură cu acest aspect, perspectiva lor asupra lumii și asupra celorlalți este că toata lumea le cere să se supună regulilor lor.

Deoarece sunt predispuși să se opună planurilor celorlalți, le vine greu să conceapă și să-și urmărească propriile obiective personale și profesionale. Prin urmare, una dintre principalele sarcini ale terapiei este de a le crește sentimentul de identitate și capacitatea de a se accepta pe ei înșiși ca persoane care reacționează și răspund în mod activ, mai degrabă decât să reacționeze în mod pasiv. Nu e de mirare, poate fi provocator din punct de vedere terapeutic să te conectezi la cei care solicită ajutorul cu agresivitate sau răspund agresiv eforturilor celorlalți de a se conecta cu ei.

Terapeutul are nevoie de simțul umorului drept contragreutate pentru trăirile de iritare și nerăbdare pe care e probabil ca pacientul să i le trezească. Trăirile negative apar rapid în cursul tratamentului, iar luptele pentru putere reprezintă un risc ce trebuie evitat. Uneori, uluitor de naivi în privința ostilității pe care o emană, pacienții pasiv-agresivi au nevoie de ajutor pentru a-și denumi emoțiile negative și pentru a diferenția exprimările verbale ale furiei de cele comportamentale. Pentru

a evita să le hrănească opoziționismul, terapeuții nu ar trebui să pară extrem de implicați în progresul acestora. În schimb, clinicienii trebuie să treacă peste provocările și neconcordanțele lor, păstrând terapia centrată pe prețul plătit de pacient pentru actele pasiv-agresive.

(PDM Task Force, 2006, p. 53).

Tendințe în diagnosticarea tulburărilor de personalitate

Această secțiune descrie o serie de tendințe clinice și de cercetare de ultimă oră, care au și vor continua să aibă impact asupra evaluării și diagnozei tulburărilor de personalitate. Acestea includ: stilurile de atașament, temperamentul, cultura, abuzul emoțional și neglijarea și afectarea funcțională.

Stilurile de atașament și tulburările de personalitate

Atașamentul se referă la legătura emoțională care se dezvoltă între copil și părinte sau persoana de îngrijire și care, mai apoi, influențează capacitatea copilului de a stabili relații intime mature, la vârsta adultă. Este un sistem înnăscut al creierului care influențează și organizează procesele motivaționale, afective și mnezice ce implică persoanele de îngrijire. Impactul procesului de atașament asupra dezvoltării nu poate fi subestimat, din moment ce „modelarea și organizarea relațiilor de atașament pe parcursul copilăriei timpurii se asociază cu procese caracteristice de reglare emoțională, relaționare socială, acces la memoria autobiografică și dezvoltarea autoreflexivității și capacității narative.” (Siegel, 1999, p. 67).

Cercetătorii din domeniul atașamentului subliniază că deficitul relaționale din viața timpurie duc atât la deficite cerebrale neurofiziologice, cât și la deficite psihologice (Siegel, 1999, p. 67). Un părinte sensibil și receptiv contribuie la sporirea conexiunilor din cortexul orbitofrontal al creierului bebelușului, prin comunicarea — sau „colaborarea” — cu bebelușul prin intermediul contactului vizual, al expresiei faciale, gesturilor, tonului vocii ș.a.m.d. Bebelușul, gângurind și zâmbind, este luat în brațe și i se „răspunde” de către părinte printr-o expresie zâmbitoare, plină de bucurie, și prin cuvinte. Sau, bebelușul plânge de durere sau frustrare, iar părintele îl alină și îl consolează sau îl calmează pe copilul hiperexcitat, la ora de culcare. Aceste rutine și interacțiuni continue servesc pentru a stimula creșterea sinapselor în cortexul orbitofrontal al creierului, ceea ce le permite copiilor să-și moduleze frustrarea, furia și frica și să le răspundă flexibil altor persoane. Cercetările arată că acei copii care au un atașament securizant dezvoltă trasee neuronale pentru reziliență. Chiar și atunci când părinții lor sunt supărați sau nerăbdători, circuitele creierului lor „știu” din experiență că nu vor fi abandonați și că, odată furtuna trecută, se vor reconecta. Din nefericire, copiii cu stiluri de atașament nesecurizante nu au parte de o astfel de atenție parentală reciprocă și, de aceea, tind să fie mai vulnerabili în fața atacurilor emoționale, adică sunt mai puțin capabili să-și reducă furia și afectele agresive, să-și calmeze și aline anxietățile și tristețile, precum și să tolereze niveluri înalte de plăcere și excitație (Ainsworth et al., 1978). Inutil să spunem, din cauza deficitelor de la nivelul cortexului orbitofrontal scade și probabilitatea ca acești copii să interpreteze corect indiciile sociale ale celorlalte persoane, ceea ce complică și mai mult relațiile interpersonale.

Tiparele distincte de stil de atașament din viața timpurie tind să persiste și la vârsta adultă (Bartholomew și Horowitz, 1991; Hazen și Shaver, 1987; Main și Solomon, 1990). Oglindind conceptul lui Bowlby (1973) de modele de lucru despre sine și ceilalți, Bartholomew (1990) a dezvoltat un sistem format din patru categorii de atașament adult care organizează modelele de lucru ale unei persoane, de-a lungul a două dimensiuni: (1) distincția dintre sine și ceilalți; și (2) valența—evaluare pozitivă vs. evaluare negativă. Pe baza acestor dimensiuni, Bartholomew a dezvoltat patru stiluri prototip de atașament adult. Cele patru stiluri de atașament sunt: **securizant** (opinie pozitivă despre sine și ceilalți), **preocupat** (opinie negativă despre sine, opinie pozitivă despre ceilalți), **de desconsiderare** (opinie pozitivă despre sine, opinie negativă despre ceilalți) și **temător** (opinie negativă despre sine și ceilalți).

Ulterior, pe baza experienței clinice, a fost adăugat un stil suplimentar de atașament, cel **dezorganizat** (opinii fluctuante pozitive și negative despre sine și ceilalți) (Main, Goldwyn și Hesse, 1998; Main și Solomon, 1990).

În consecință, tulburările de personalitate pot fi înțelese ca fiind rezultatul unor modele de lucru nesecurizante, care au ajuns să se autoconfirme. Aceste modele de lucru despre sine și despre ceilalți au devenit relativ inflexibile și închise în fața noilor informații și, drept urmare, individul trăiește un nivel semnificativ de stres în funcționarea sa socială, ocupațională și relațională. Este posibil să caracterizăm diversele tulburări de personalitate în termenii acestui model dimensional despre sine și ceilalți. Trebuie observat că Bartholomew (1990) nu

presupune că „ne așteptăm ca toți indivizii să manifeste un unic stil de atașament” (p. 162). În schimb, aceste stiluri de atașament reprezintă prototipuri conceptuale și, de aceea, este mult mai adecvat să privim atașamentul adult dintr-o perspectivă multi-dimensională, cu indivizii manifestând unul sau mai multe stiluri ca fiind predominante. Așadar, tulburările de personalitate din DSM-IV pot fi clasificate prin următoarele denumiri ale stilurilor de atașament adult (Lyddon și Sherry, 2001).

Stilul de atașament preocupat. Dimensiunea atașamentului preocupat se caracterizează prin sentimentul lipsei de valoare personală și o evaluare pozitivă a celorlalți. Acești indivizi tind să fie foarte orientați către exterior în autodefinirea lor. Tulburările de personalitate care par a exemplifica acest stil de atașament adult includ tulburările de personalitate dependentă, obsesiv-compulsivă și histrionică.

Stilul de atașament temător. Indivizii cu un stil de atașament temător manifestă un sentiment de lipsă de valoare personală, alături de așteptarea ca alte persoane să-i respingă și să nu fie demne de încredere. Acești oameni nu au încredere nici în cognițiile sau emoțiile lor interioare, nici în cele ale altora. Deși se consideră speciali și diferiți de ceilalți, se păzesc de amenințări și circumstanțe neașteptate, din moment ce nu au încredere că ceilalți îi pot proteja. Tulburarea de personalitate cea mai reprezentativă a unui asemenea stil de atașament adult este tulburarea de personalitate paranoidă.

Stilul de atașament de desconsiderare. Indivizii cu stil de atașament de desconsiderare se caracterizează printr-un sentiment de sine ca valoros și pozitiv, precum și printr-o evaluare extrem de negativă a celorlalți, pe care îi consideră inferiori. De obicei, ia forma neîncrederii în ceilalți. Deoarece ei cred

40 că sunt autonomi din punct de vedere emoțional, în timp ce ceilalți sunt indisponibili emoțional, ei resping nevoia de prietenie și contact cu ceilalți. Tulburarea de personalitate cea mai reprezentativă a unui astfel de stil adult de atașament de desconsiderare este tulburarea de personalitate schizoidă.

Stilul de atașament preocupat-temător. Indivizii cu o opinie negativă despre sine și o opinie despre ceilalți care oscilează între pozitiv și negativ manifestă un stil de atașament compozit, preocupat și temător. Evitarea lor se bazează pe dorința de a fi plăcuți și acceptați de ceilalți, temându-se, totodată, de respingere și abandon. Tulburarea de personalitate cea mai reprezentativă a unui astfel de stil de atașament adult preocupat și temător este tulburarea de personalitate evitantă.

Stilul de atașament temător-de desconsiderare. Indivizii care au o opinie negativă despre ceilalți și o percepție de sine care oscilează între pozitiv și negativ manifestă un stil de atașament compozit, temător-de desconsiderare. Ei tind să se vadă pe ei înșiși ca fiind speciali și îndreptățiți, fiind, totodată, conștienți de nevoia lor de ceilalți, care însă îi pot răni. În consecință, ei îi folosesc pe ceilalți pentru a-și satisface nevoile, fiind în același timp precauți și desconsiderându-i. Tulburările de personalitate caracterizate de un astfel de stil de atașament adult temător-de desconsiderare sunt tulburările de personalitate antisocială, narcisică și schizotipală.

Stilul de atașament dezorganizat. Indivizii cu opinii oscilante despre ei înșiși și despre alții în egală măsură manifestă stilul de atașament dezorganizat. „Atașamentul dezorganizat se dezvoltă în urma experiențelor repetate în care persoana de îngrijire îi pare copilului înspăimântată sau înspăimântătoare” (Siegel, 1999, p. 117). Stilul este asociat cu o simptomatologie

disociativă, ceea ce crește înclinația acestor persoane față de tulburarea de stres post-traumatic. Tulburarea de personalitate borderline se caracterizează printr-o structură de personalitate instabilă, care pare a se deplasa de-a lungul a diverse stiluri de atașament nesecurizant, generând un profil dezorganizat.

Temperamentul și tulburările de personalitate

Asemenea atașamentului, temperamentul este un construct care pare atât să fie susținut de cercetare, cât și să aibă utilitate clinică. Temperamentul se referă la „fenomenele caracteristice ale naturii emoționale a unui individ, incluzând sensibilitatea față de stimularea emoțională, forța și viteza sa obișnuită de răspuns, calitatea dispoziției sale predominante și toate particularitățile fluctuației și intensitatea dispoziției, aceste fenomene fiind considerate ca dependente de construcția constituțională și, deci, în mare măsura ereditare ca origine” (Allport, 1991, p. 46). Deși propusă cu mai bine de 60 de ani în urmă, definiția lui Allport este remarcabil de compatibilă cu numeroase formulări contemporane ale constructului. Oglindind perspectiva clinicienilor, conform căreia temperamentul și stilul de atașament sunt corelate, temperamentul este văzut ca „un filtru al personalității, prin care informația este procesată, atașamentele se dezvoltă, iar emoțiile sunt trăite și exprimate” (Graybar și Boutilier, 2002, p. 156).

Deși clinicienii par convinși că temperamentul influențează atașamentul — și vice-versa — cercetătorii încearcă în continuare să clarifice natura exactă a relației dintre cele două constructe. Se întâmplă așa, în mare parte, pentru că ambele constructe reprezintă origini diferite și agende de cercetare diferite.

În timp ce temperamentul descrie un determinant biologic al personalității (natura), stilul de atașament descrie un determinant de mediu al personalității (îngrijirea). La fel ca în alte debateri pe tema înăscut-dobândit, relația este arareori „fie-sau”, ci, de obicei „ambele-și”. În prezent, consensul în cercetare pare a fi că între atașament și temperament există o corelație *modestă* și că „ambele vor influența formarea și expresia personalității și a conceptului de sine, întrucât acestea sunt alcătuite în perioada copilăriei timpurii” (Vaughn și Bost, 1999, p. 221).

Trăsăturile și tiparele de temperament sunt vizibile de la naștere. De exemplu, în timp ce unii bebeluși sunt destul de sensibili la lumină și la sunete puternice, alții nu sunt; în timp ce unii sunt calmi și liniștiți, alții sunt foarte activi sau foarte agitați. Au fost observate trei tipare principale de temperament la bebeluși: *plăcut* (de obicei predictibil și bine dispus), *greu de entuziasmat* (mai probabil să fie rezistent în fața atenției și capricios) și *dificil* (de obicei impredictibil și cu dispoziții iritabile) (Thomas și Chess, 1977). Temperamentul unui copil tinde să fie reflectat în tiparele adulte. De exemplu, optimismul și constanța efortului sunt mai frecvente în cazul adulților care au temperamentele plăcute, în timp ce negativismul și tendința spre suspiciune sunt asociate cu temperamentul „dificil”, iar pasivitatea și hiperdependența cu temperamentul „greu de entuziasmat”. În cazul adulților au fost identificate alte câteva trăsături sau descriptori temperamentali, incluzând: impulsivitatea, iritabilitatea, hipersensibilitatea la stimulare, reactivitatea, labilitatea emoțională, inhibiția, oglindirea, restrângerea dispozițiilor, hipervigilența și intensitatea.

Înainte de 1980, tulburările de personalitate erau, de obicei, conceptualizate în „limbajul caracterului”, precum caracterul

oral sau cel obsesiv. Deși a existat o tradiție biologică în studiul personalității care a subliniat temperamentul, tradiția psihologică care a pus accentul pe caracter a fost în vogă în cea mai mare parte a secolului XX. Descrierile tulburărilor de personalitate din DSM-I și DSM-II au reflectat acest accent pus pe caracter și psihodinamică. În cadrul comunității psihanalitice, caracterul reflecta mecanisme de apărare specifice. Prin urmare, din perspectiva caracterului, personalitatea obsesiv-compulsivă ar fi caracterizată prin apărările: izolarea afectului, intelectualizare și raționalizare.

În prezent, tulburările de personalitate sunt conceptualizate într-o perspectivă mai extinsă, care include caracterul și temperamentul deopotrivă (Cloninger, 2004; Stone, 1993). **Caracterul** se referă la influențele psihosociale, învățate, asupra personalității. Caracterul se formează, în mare parte, datorită procesului de socializare, în special în ceea ce privește cooperarea, și procesului de oglindire, care susține dezvoltarea conceptului de sine și a sentimentului de a avea un scop în viață (adică autotranscenderea și responsabilitatea față de sine).

Temperamentul se referă la influențele înăscute, genetice și structurale asupra personalității. În timp ce caracterul și schemele reflectă dimensiunea psihologică a personalității, temperamentul sau trăsăturile (sau stilul, așa cum va fi folosit, în mod sinonim, în această carte) reflectă dimensiunea biologică a personalității. Cloninger (2004) susține că temperamentul are patru dimensiuni biologice (căutarea noului, evitarea suferinței, dependența de recompense și perseverența), în timp ce caracterul are trei dimensiuni cuantificabile (autonomia sau responsabilitatea personală, cooperarea și autotranscenderea). Alți cercetători ar descrie impulsivitatea și agresivitatea ca fiind dimensiuni

44 suplimentare ale temperamentului (Costello, 1996). Un alt model foarte cunoscut bazat pe temperament este Modelul celor cinci factori, cu dimensiunile (trăsăturile) sale de nevrotism, extraversie, deschidere, agreabilitate și conștiinciozitate (Costa și McCrae, 1990). Capitolul III din DSM-5 oferă o abordare dimensională a tulburărilor de personalitate, care se bazează pe acest model și pe altele. Abordarea presupune cinci domenii ale temperamentului: afectivitate negativă, detașare, conflictualitate, dezinhibiție și psihoticism (American Psychiatric Association, 2016). În consecință, din perspectiva temperamentului, personalitatea obsesiv-compulsivă ar fi caracterizată prin exprimare emoțională inhibată, inhibiție comportamentală, rigiditate cognitivă și hiperconștiinciozitate.

Temperamentul și caracterul pot fi evaluate prin interviuri și instrumente autodescriptive. Relevanța diferențierii caracterului și a temperamentului este semnificativă în planificarea tratamentului. În timp ce psihoterapia orientată spre insight s-ar putea concentra asupra dimensiunilor de caracter, psihoterapia poate avea un impact redus sau chiar absent asupra dimensiunilor de temperament. Cu toate acestea, adăugarea unui antrenament centrat pe abilități ar putea să regleze sau să moduleze suficient temperamentul sau trăsăturile de stil, cum ar fi dificultățile de reglare emoțională, impulsivitatea și intoleranța în fața stresului.

Atașament, temperament, cultură și tulburări de personalitate

Așa după cum am arătat deja, cercetările sugerează clar că atașamentul nesecurizant influențează dezvoltarea tulburărilor

de personalitate (Brennan și Shaver, 1998). Dar ce se întâmplă cu influența temperamentului și a culturii asupra dezvoltării personalității și a tulburărilor de personalitate? Brennan și Shaver (1998) consideră ca aceleași condiții de mediu care contribuie la dezvoltarea atașamentelor nesecurizante și, ulterior, a tulburărilor de personalitate, interacționează și cu temperamentul unui individ: „În plus, variațiile culturale, în măsura în care sunt manifestate anumite trăsături particulare (de exemplu, independența, excentricitatea), au, de asemenea, o probabilitate de a duce la diferențe transculturale în exprimarea personalității” (p. 868).

Din nefericire, în prezent există prea puține cercetări asupra aspectelor culturale ale tulburărilor de personalitate pentru a putea oferi linii directoare specifice în practica clinică (Mulder, 2012). Cu toate acestea, DSM-5 oferă câteva principii generale privind diagnoza. Se afirmă că tulburările de personalitate „nu trebuie confundate cu probleme asociate cu aculturația consecutivă emigrării sau cu exprimarea deprinderilor, obiceiurilor, valorilor religioase sau politice specifice mediului cultural de origine al individului. În special atunci când evaluează un pacient aparținând unui fond cultural diferit, medicul ar trebui să obțină informații suplimentare de la persoane care sunt familiarizate cu mediul cultural al acestuia” (American Psychiatric Association, 2016, p. 648).

Tendențe în tratarea tulburărilor de personalitate

În comparație cu abordarea anterioară, bazată pe utilizarea psihoterapiei convenționale în tratarea tulburărilor de personalitate, metodele de tratament actuale tind să fie, în mod

46 considerabil, mai focalizate și mai structurate, cu clinicianul asumându-și un rol mai activ. Multe dintre aceste abordări ale tratamentului și strategii de intervenție sunt bazate pe teorie și au fost examinate în studii clinice, fiind comparate cu alte abordări și modalități de tratament. Acestea includ terapiile cognitiv-comportamentale, terapia comportamentală dialectică, sistemul de psihoterapie bazat pe analiza cognitiv-comportamentală, psihoterapia centrată pe tipare, mindfulness, terapia centrată pe scheme, intervențiile de tratament structurat, psihoterapia centrată pe transfer, tratamentul bazat pe mentalizare și terapia centrată pe dezvoltare. Un cadru de lucru util pentru înțelegerea tendințelor recente în tratament vine dinspre neuroștiințe și deschide această discuție.

Neuroștiințele și procesele de tratament

Unul dintre rezultatele cercetărilor recente din domeniul neuroștiințelor privind tratamentul tulburărilor de personalitate constă în conceptualizarea tratamentului ca strategii fie „de-sus-în-jos”, fie „de-jos-în-sus”. Această conceptualizare este utilă pentru a înțelege eforturile de a normaliza exprimarea trăsăturilor de personalitate dezadaptative, aflate la polul pozitiv al scalei, prin diverse intervenții psihotrope și comportamentale (Fawcett, 2002). „De-sus-în-jos” se referă la eforturile de tratament care se concentrează în primul rând asupra structurilor corticale și traseelor neuronale (sus), care pot influența și circuitele subcorticale, în special sistemul limbic (jos). Similar, „de-jos-în-sus” se referă la eforturile de tratament care se concentrează în special asupra circuitelor limbice, care pot produce și ele modificări asupra circuitelor corticale.

47 Deosebit de promițătoare sunt eforturile recente de a normaliza exprimarea trăsăturilor de personalitate dezadaptative atât de la polul negativ, cât și de la polul pozitiv al scalei, prin intervenții psihotrope și comportamentale. De exemplu, strategiile de tratament de sus-în-jos utilizează, de obicei, psihoterapii și intervenții comportamentale, adică terapie cognitiv-comportamentală, pentru a spori influența corticală asupra circuitelor limbice. Obiectivul este de a anula învățarea negativă, în special schemele dezadaptative, și de a crește efectele reglatoare sau normalizatoare ale răspunsurilor emoționale. Strategiile de-jos-în-sus presupun, în mod obișnuit, folosirea medicației psihotrope pentru a modula trăsăturile de personalitate și stările emoționale dăunătoare, normalizând activitatea structurilor limbice. Dincolo de medicație, se pare că intervențiile de tip antrenament al abilităților funcționează ca tratamente de-jos-în-sus.

Terapii cognitiv-comportamentale

De la mijlocul anilor 1980, terapia comportamentală, terapia cognitivă și CBT au reprezentat tratamentul de elecție pentru tratamentul psihosocial al tulburărilor de personalitate. Deși cercetările nu au sprijinit constant eficacitatea acestor abordări tradiționale, s-a întâmplat așa în cazul abordărilor mai noi, mai focalizate, precum terapia comportamentală dialectică (Dialectic Behavior Therapy – DBT), sistemul de psihoterapie bazat pe analiza cognitiv-comportamentală (Cognitive Behavior Analysis System of Psychotherapy – CBASP) și terapia cognitivă bazată pe mindfulness (Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT). Interesant, DBT, CBASP și MBCT constituie ceea ce

48 este numit „al treilea val” al terapiei comportamentale (Hayes, Follette și Linehan, 2004).

Primul val se referă la terapia comportamentală tradițională, care se străduiește să înlocuiască comportamente problematice cu unele constructive, prin intermediul contra-condiționării și întăririlor. Terapia cognitivă reprezintă cel de-al doilea val al terapiei comportamentale. Terapia cognitivă are drept scop modificarea comportamentelor problematice prin modificarea gândurilor care le provoacă și le perpetuează. În cel de-al treilea val, tratamentul tinde să fie mai experiențial și indirect și utilizează tehnici precum mindfulness, dialectică, acceptare, valori și spiritualitate. Mai specific, abordările celui de-al treilea val sunt caracterizate prin „renunțarea la încercările de rezolvare de probleme și, în schimb, retragerea cu un pas înapoi pentru a observa cum este să vezi problemele prin prisma non-reactivității și a tratării dificultății printr-o conștientizare blândă” (Segal, Williams, Teasdale și Williams, 2004, p. 55). Spre deosebire de primul și al doilea val, abordările celui de-al treilea val subliniază schimbarea de grad secund, adică schimbarea fundamentală în structură și/sau funcție, și se bazează pe asumptii contextuale, inclusiv pe primatul relației terapeutice. Aceste abordări par a fi deosebit de adecvate în tratarea tulburărilor de personalitate.

Terapia comportamentală dialectică

Dezvoltată inițial pentru tratarea tulburării de personalitate borderline (Linehan, 1993a), terapia comportamentală dialectică (DBT) a fost modificată și extinsă pentru a fi utilizată și cu alte tulburări de personalitate, precum și cu tulburările de Axă I sau tulburări de simptom, cum ar fi tulburările de dispoziție,

49 tulburările de anxietate, tulburările alimentare și tulburările abuzului de substanțe (Lynch și Cuper, 2012; Marra, 2005). DBT este o dezvoltare a terapiei comportamentale, dar este mai puțin cognitivă comparativ cu CBT tradițională, din moment ce DBT pleacă de la presupunerea că, per se, cognițiile sunt mai puțin importante decât reglarea afectelor. În consecință, DBT pune un mai mare accent asupra reglării emoționale decât asupra proceselor cognitive dezadaptative. Deși se recunoaște că și cognițiile sunt un factor în comportament, acestea nu sunt un factor de mediere necesar. Mai degrabă, e mai probabil ca aceste cogniții să aibă rolul de a acorda un sens comportamentului și evenimentelor afective post factum (Marra, 2005).

Teoria. Există numeroase similități între DBT și CBT tradițională, în special terapia cognitivă. Ambele necesită o poziție de colaborare între client și terapeut. Ambele folosesc principiile învățării, analizează factorii declanșatori și factorii de întreținere din mediu, explorează schemele și emoțiile și utilizează modelarea, teme pentru acasă și imageria. Mai mult, ambele recunosc importanța răspunsului empatic.

Există mai multe diferențe între terapia cognitivă și DBT în tratarea tulburărilor de personalitate. În esență, terapia cognitivă postulează că aceleași tehnici folosite în obținerea și evaluarea gândurilor automate în timpul depresiei sau al tulburărilor de anxietate sunt folosite în tratarea tulburărilor de personalitate (Beck, Davis și Freeman, 2015). În timp ce terapia cognitivă susține că emoțiile și comportamentele disfuncționale sunt determinate de scheme care produc evaluări constant marcate de prejudecăți, precum și de tendința de a realiza erori cognitive prin intermediul tendinței de atribuire, DBT se concentrează asupra modului în care schemele se

50 formează inițial. În consecință, terapeuții care utilizează DBT explorează schemele și conflictele dialectice subiacente care le produc, mai degrabă decât să pună în scenă „experimente în colaborare”, ca să le dovedească utilitatea redusă. În loc să folosească restructurarea cognitivă, terapeutul DBT încearcă să conecteze sistemele de credințe la emoțiile și nevoile subiacente și apoi să-l asiste pe client în reinterpretația sistemului de credințe, pe baza unei conștientizări sporite a emoțiilor și nevoilor pe care le are.

În loc să folosească „descoperirea ghidată” pentru a contesta și a revizui credințele dezadaptative, DBT analizează procesele de inferență emoțională și cognitivă deopotrivă, pentru a determina modul în care s-au format inițial schemele. Acest lucru presupune identificarea stărilor de privațiune emoțională din copilăria timpurie, care ar fi putut produce fixație sau perseverare și îngustarea atenției, care, la rândul lor, ar fi putut funcționa ca protecție împotriva indiciilor amenințătoare externe sau interne, precum și examinarea extinsă a efectelor întăririi negative, prin intermediul strategiilor de evadare și evitare emoțională sau prin intermediul abilităților de coping psihologic inadecvat, care ar fi putut fi recompensate prin efectul întăririi parțiale (Marra, 2005, p. 141).

În sfârșit, DBT se deosebește de terapia cognitivă a tulburărilor de personalitate prin adoptarea unei interpretări non-peiorative a patologiei. În schimb, terapeutul DBT vede comportamentul și strategia ca fiind un comportament operant. Asemenea celorlalți, clientul cu tulburare de personalitate încearcă să evite suferința și să caute plăcerea, dar are dificultăți în a obține cu succes rezultatul dorit, din cauza vulnerabilității emoționale. Cu toate acestea, terapeutul DBT presupune că baza structurii de

51 personalitate a individului este formată din compromisuri inadecvate între nevoile și dorințele concurente și contradictorii, și îl ajută să-și realizeze nevoile într-o manieră non-peiorativă.

Tratamentul. Linehan (1993a, 2015) a specificat patru moduri primare de tratament în DBT: terapie individuală; antrenamentul abilităților în grup, contact telefonic și consultarea terapeutului (Linehan, 1993a, 2015). În timp ce rămâne fidel modelului global, terapeutul e liber să adauge terapia de grup și alte modalități de tratament, cu condiția ca obiectivele acelei modalități să fie clare și prioritizate. Terapeutul individual este terapeutul principal, iar travaliul terapeutic de bază se desfășoară în ședințele individuale. Între ședințe, clientului ar trebui să i se permită contactul telefonic cu terapeutul, inclusiv contactul telefonic în afara orelor de program, terapeutul având totuși dreptul de a stabili limite clare în cazul unui astfel de contact. Scopul contactului telefonic nu este psihoterapia, ci mai degrabă pentru a le oferi ajutor și susținere clienților pentru a găsi modalități de a evita autovătămarea, precum și pentru repararea relației, în situațiile în care clientul simte că a stricat relația cu terapeutul și dorește să regleze acest lucru înaintea următoarei ședințe. Pentru a evita întărirea comportamentului de autovătămare, nu sunt acceptabile apelurile telefonice date după ce clientul și-a făcut rău și, după ce se asigură siguranța imediată a clientului, nu mai sunt acceptate alte apeluri în următoarele 24 de ore. Terapeuții DBT sunt încurajați să participe, în mod constant, la grupuri de consultare pentru terapeuți. Aceste grupuri oferă, în egală măsură, sprijin emoțional pentru terapeuții care au de-a face cu clienți dificili și formare continuă în metodele DBT.

Antrenamentul abilităților se desfășoară, de obicei, în context de grup, în mod ideal de către altcineva decât terapeutul

52 individual. În grupurile de antrenament al abilităților, clienții sunt învățați abilități considerate relevante pentru problemele specifice indivizilor cu tulburare de personalitate. Există patru grupe de abilități: abilități fundamentale de mindfulness, abilități de eficiență interpersonală, abilități de reglare emoțională și abilități de tolerare a distresului (Linehan, 2015).

Etapele tratamentului. În urma unei perioade inițiale de pre-tratament ce presupune evaluarea, angajamentul și orientarea în terapie, DBT constă în patru etape de tratament (Linehan, 2015). Etapa 1 se concentrează asupra „lipsei severe de control comportamental”. Obiectivul acestei etape este creșterea controlului comportamental și are drept țintă comportamentele suicidare, autovătămarea și aspectele care interferează sever cu terapia, cum ar fi abuzul de substanțe. Etapa 2 se concentrează asupra „disperării tăcute”, cu obiectivul creșterii experienței emoționale în cazul persoanelor care se confruntă cu problemele de tipul stresului post-traumatic și alte tulburări reziduale, care nu sunt abordate în primul stadiu. Etapa 3 se concentrează asupra „problemelor de trai”. Obiectivul acestui stadiu este de a lucra asupra preocupărilor legate de fericirea și nefericirea obișnuite. Etapa 4 se concentrează asupra „incompletitudinii”, iar munca se realizează în scopul creșterii capacității pentru bucurie, libertate și împlinire spirituală. Comportamentele vizate în fiecare stadiu sunt aduse sub control înainte de a se trece la următoarea etapă. În fiecare etapă, terapia se concentrează asupra unor obiective specifice pentru acea etapă, care sunt aranjate într-o ierarhie clară a importanței relative.

Strategiile fundamentale. Strategiile fundamentale în DBT sunt „validarea” și „rezolvarea de probleme”. Încercările de facilitare a schimbării sunt înconjurate de intervenții, care validează

comportamentul și răspunsurile clientului în raport cu situația sa actuală de viață și care dovedesc înțelegerea dificultăților și suferinței acestuia. Rezolvarea de probleme se concentrează asupra formării abilităților necesare. Alte modalități de tratament includ managementul contingențelor, terapiile cognitive și terapiile bazate pe expunere, precum și medicația.

Practicarea DBT. Terapia DBT este mai ușor de realizat într-un context de internare, spitalizare parțială sau tratament în centru de îngrijire, decât în practica ambulatorie. Motivul ține de faptul că, așa cum este ea descrisă de Linehan (1993a), DBT este cel mai bine implementată cu o echipă de tratament, în care un terapeut oferă antrenamentul abilităților psihosociale, un altul oferă terapie individuală, alții pot oferi o funcție de consultare, terapeutii având acces la un grup de consultare terapeutică pentru sprijin. Recent, Marra (2005) a oferit sugestii pentru adaptarea DBT la contextul practicii private. Deși recomandă ca antrenamentul abilităților să fie oferit de un alt terapeut, Marra oferă direcții de urmat atunci când acest lucru nu este posibil. Cu toate acestea, atunci când implicarea într-un grup de consultare pentru terapeuți nu este posibilă, autorul încurajează orice clinician din practica privată, care anticipează că va folosi DBT, să aibă acces la un consultant în psihoterapie.

Susținere din partea cercetării. În sfârșit, pentru eficiența DBT există susținere empirică. Au fost publicate mai multe studii randomizate controlate care evaluează eficiența globală a unui tratament DBT cuprinzător (Linehan et al., 1991, 2002, 2006). Atunci când a fost evaluat comparativ cu grupul de control, căruia i s-a aplicat tratamentul obișnuit, DBT a fost superioară. Deși cele mai multe cercetări s-au concentrat asupra tulburării de personalitate borderline la femei, unele studii au

54 modificat DBT, pentru a fi folosită și în cazul altor populații și în contexte variate. Acestea includ studii cu adolescenți și adulți în context de spitalizare și în context judiciar, cu diverse tulburări, inclusiv tulburarea de alimentație compulsivă, bulimia, anorexia nervoasă, depresia cronică și alte tulburări de personalitate. Totuși, există puține cercetări asupra folosirii DBT cu persoane de gen masculin sau minorități (Lynch și Cuper, 2012).

Sistemul de psihoterapie bazat pe analiza cognitiv-comportamentală

Sistemul de psihoterapie bazat pe analiza cognitiv-comportamentală (Cognitive Behavior Analysis System of Psychotherapy – CBASP) este o formă de CBT dezvoltată de McCullough (2000) și elaborată ulterior (McCullough, Schramm și Penberthy, 2015). Fundamentală pentru această abordare este analiza situațională care îmbină metodele comportamentale, cognitive și interpersonale pentru a-i ajuta pe clienți să se concentreze asupra consecințelor comportamentului lor și să folosească rezolvarea de probleme pentru rezolvarea dificultăților personale și interpersonale deopotrivă. CBASP a fost inițial menită pentru tratamentul clienților cu depresie cronică. Un studiu național, desfășurat în mai multe zone, a lansat CBASP ca tratament eficient. Clienții care au îndeplinit criteriile pentru depresie cronică unipolară, îndeplinind, de obicei, și criteriile pentru tulburarea depresivă majoră și pentru tulburarea distimică, au fost repartizați la întâmplare într-unul din cele trei grupuri de tratament: numai medicație (nefazodonă, cu numele comercial Serzone), numai psihoterapie (CBASP) sau o combinație de medicație și CBASP. Deși clienții din toate cele

55 trei situații de tratament și-au ameliorat semnificativ starea, cei care au primit tratamentul combinat au avut cel mai mare progres. După cele 12 săptămâni de studiu, 55% din membrii grupului care a primit numai medicație au raportat un răspuns pozitiv, iar 52% din grupul care a primit numai CBASP au înregistrat un răspuns la tratament, în timp ce 85% dintre cei care au luat medicație și au beneficiat și de CBASP au avut un răspuns pozitiv la tratament (Keller et al., 2000).

Teorie. O asumție fundamentală a CBASP se referă la capacitatea clienților de a învăța să analizeze situații specifice de viață și apoi de a-și gestiona de unii singuri stresorii cotidiani. Premisa de bază a CBASP este simplă și directă: un terapeut îi asista pe clienți să descopere de ce nu au obținut rezultatul dorit, evaluându-le gândurile și comportamentele problematice. Pe scurt, terapeuții îi ajută pe clienți să determine care sunt gândurile și comportamentele care i-au împiedicat să-și atingă obiectivele dorite. Din moment ce, adeseori, există o nepotrivire între ceea ce își dorește un client și ce se întâmplă, de fapt, în viața acestuia, abordarea CBASP poate fi utilizată cu o diversitate de probleme și manifestări deranjante, variind de la problemele comportamentale ale copilului și conflicte în cuplu, până la tulburări de anxietate și tulburări de personalitate, inclusiv tulburarea de personalitate borderline (Driscoll, Cukrowicz, Reardon și Joiner, 2004). Interesant, McCullough (2002) și-a subliniat rezervele avute față de utilizarea CBASP cu adulții cu tulburare de personalitate borderline severă, în special în cazul celor cu depresie cronică comorbidă.

Tratament. Obiectivul general al tratamentului CBASP este identificarea discrepanței între ceea ce își dorește clientul să se întâmple într-o anumită situație și ceea ce s-a întâmplat sau se

întâmplă în prezent. Examinându-și circumstanțele specifice, clienții descoperă treptat, în viețile lor, teme și tipare problematice, precum și modalități în care pot obține ce doresc.

Există două etape în tratamentul CBASP: inducția și remedierea. Etapa de inducție constă în șase pași, delimitați de întrebări specifice: Cum ai descrie situația? Cum ai interpretat situația? Specific, ce ai făcut și ce ai spus? Ce ți-ai dorit să obții din situație, cu alte cuvinte care era rezultatul dorit? Care a fost rezultatul real al acestei situații? Și, în sfârșit: Ai obținut ceea ce ți-ai dorit?

În timpul etapei de remediere, comportamentele și interpretările cognițiilor devin ținta schimbării și sunt revizuite astfel încât noile comportamente și cogniții ale clientului vor contribui și vor duce la rezultatul dorit. Mai întâi, fiecare dintre interpretările clientului privind situația este evaluată pentru a determina dacă a contribuit la obținerea rezultatului dorit sau a blocat-o. Apoi, fiecare dintre comportamentele clientului este analizat într-o manieră similară, pentru a determina dacă a contribuit la atingerea rezultatului dorit sau a blocat-o (Driscoll et al., 2004).

O versiune modificată a acestei abordări (Sperry, 2006b, 2014) este deosebit de utilă în lucrul cu indivizii cu tulburare de personalitate, în special cu cei care sunt evaluați ca având o capacitate redusă de învățare în urma experiențelor. Astfel de indivizi nu au avut suficiente experiențe pentru a învăța din greșelile lor, deoarece și ei se angrenează adeseori într-un proces de gândire emoțională, mai degrabă decât în gândirea bazată pe consecințe. Această strategie de intervenție modificată funcționează prin amplificarea gândirii bazate pe consecințe. Strategia concentrează atenția individului asupra legăturii dintre modul în care gândurile și comportamentele sale negative sau de autosabotare

conduc la consecința negativă (rezultatul real) pe care o obțin, în loc să ducă la rezultatul vizat, pe care și-l doresc cu adevărat. Strategia include 9 pași, care debutează printr-o analiză cognitivă și comportamentală și continuă prin procesarea interpretărilor și a comportamentelor în termenii rezultatului sau a consecinței dorite.

Psihoterapia centrată pe tipare

Psihoterapia centrată pe tipare a fost dezvoltată de Len Sperry (Sperry, în curs de publicare). Ea derivă din teoria biopsihosocială, care pune accentul pe identificarea tiparelor și modificarea acestora (Sperry, 1998, 2000, 2006b), din sistemul de psihoterapie bazat pe analiza cognitiv-comportamentală (CBASP) (McCullough, 2000) și din interviul motivațional (IM) (Miller și Rollnick, 2002). Atât CBASP, cât și IM sunt identificate ca tratamente susținute empiric de Societatea de psihologie clinică (Divizia 12) a American Psychological Association.

Teoria. Tiparul reprezintă stilul și maniera predictibile, coerente și care se autoperpetuează, în care indivizii gândesc, simt, acționează, fac față dificultăților și se apără (Sperry, 2006b; Sperry, Brill, Howard și Grissom, 1996). Tiparele pot fi dezadaptative sau adaptative. Tiparele dezadaptative tind să fie inflexibile, ineficiente și inadecvate și să provoace simptome, afectarea funcționării personale și relaționale, precum și insatisfacție cronică (Sperry, 2010). Dacă un astfel de tipar este suficient de perturbator sau disfuncțional, poate fi diagnosticat ca tulburare de personalitate. În contrast, un tipar adaptativ reflectă un stil de personalitate care este flexibil, adecvat și eficient și care sugerează competența personală și interpersonală (Sperry și Sperry, 2012).

58 Psihoterapia centrată pe tipare este fundamentată pe patru premise. Prima este că indivizii dezvoltă, fără să-și dea seama, un tipar dezadaptativ de funcționare și relaționare cu ceilalți, tipar care se autoperpetuează. Ulterior, acest tipar stă la baza problemelor actuale ale clientului. Cea de-a doua premisă este că modificarea tiparului este o componentă fundamentală pentru practica bazată pe dovezi. Cea de-a treia este că tratamentul eficient presupune un proces de schimbare, în care clientul și practicianul colaborează pentru a identifica tiparul dezadaptativ, a-l sparge și a-l înlocui cu un tipar mai adaptativ. Cel puțin două rezultate avem în urma acestui proces de schimbare: rezolvarea problemei actuale a clientului și o stare de bine crescută (Sperry și Sperry, 2012). Cea de-a patra premisă este că *înlocuirea gândirii și a comportamentelor non-productive cu unele mai productive* are probabilitatea de a conduce eficient și rapid la schimbare terapeutică, una care, altfel, ar putea avea loc prin *restructurarea directă a cognițiilor sau modificarea comportamentului*.

Practica. Psihoterapia centrată pe tipare începe cu stabilirea unei relații de colaborare și cu educarea clientului privind premisele fundamentale ale acestei abordări. Fundamentală pentru procesul de evaluare și conceptualizare de caz este identificarea tiparului dezadaptativ, iar apoi planificarea tratamentului, care se focalizează asupra schimbării acestui tipar. Alți factori cheie care trebuie luați în calcul în planificarea tratamentului sunt nivelul de pregătire pentru schimbare, severitatea, deficiențele abilităților, punctele tari și factorii de protecție.

O strategie terapeutică fundamentală în procesul de schimbare presupune analizarea situațiilor problematice declarate de clienți în termenii tiparului dezadaptativ. Clienților li se cere mai întâi să descrie situația și interpretările (gândurile) și

comportamentele care rezultă din aceasta. Apoi, sunt chestionați privind rezultatul așteptat, în contrast cu cel care de fapt a avut loc. Odată ce terapia începe, clienții relatează inevitabil că nu au obținut rezultatul dorit. Sunt întrebați apoi despre interpretarea lor și dacă fiecare dintre aceste interpretări i-a *ajutat* sau le-a *dăunat* în atingerea obiectivelor. Dacă nu, sunt întrebați ce interpretări alternative i-ar fi ajutat să obțină rezultatele dorite. Comportamentele declarate sunt analizate în funcție de cum au contribuit la atingerea rezultatului dorit. Dacă nu i-au ajutat, se pune accentul pe identificarea comportamentului alternativ care ar putea duce la atingerea acelui rezultat. În sfârșit, sunt evaluate și procesate terapeutic *nivelul de importanță* pe care o acordă clientul modificării tiparului dezadaptativ și *nivelul său de încredere* în a face asta. Deloc surprizător, un semn al schimbării terapeutice este că, treptat, clienții își ating rezultatul dorit, ca urmare a trecerii către un tipar mai adaptativ.

Pe scurt, această strategie terapeutică se concentrează asupra identificării și modificării unui tipar dezadaptativ într-unul mai adaptativ, în primul rând prin *înlocuirea* interpretărilor și comportamentelor non-productive care stau la baza tiparului dezadaptativ. Pot fi folosite ca tratamente adjuvante și alte modalități, inclusiv restructurarea cognitivă, activarea comportamentală, expunerea, antrenamentul abilităților, reîncadrarea, interpretarea.

Mindfulness

Mindfulness-ul este o formă de conștientizare în care un individ se poate concentra asupra gândurilor, emoțiilor și experiențelor din momentul prezent, cu o atitudine de acceptare,

60 fără analiză sau judecată. Practica mindfulness-ului poate dispersa negativismul, agresivitatea și comportamentul compulsiv, fără suprimarea emoțiilor sau fără complacerea în ele (Marlatt și Kristeller, 1999). Deși mindfulness provine din tradiția budistă, a fost recent inclus în medicină și psihoterapie. Din moment ce este asociat cu dezvoltarea unei conștientizări a perspectivelor alternative și cu reducerea tiparelor de răspuns uzuale, mindfulness-ul a fost propus ca factor comun în mai multe sisteme terapeutice (Martin, 1997). Linehan (2015) descrie aplicarea tehnicilor de mindfulness ca modalitatea de integrare a acceptării în psihoterapie, subliniind asocierea sa cu procesarea informațională intenționată mai degrabă, decât cu una automată, precum și caracterul non-judicativ și non-evaluativ al atenției din mindfulness. Nu e nicio surpriză, tehnica mindfulness este inclusă în terapia comportamentală dialectică a lui Linehan pentru tulburarea de personalitate borderline. Recent, abordările de tip mindfulness au fost incluse în mai multe intervenții de tratament cognitiv și cognitiv-comportamental, inclusiv pentru depresie (Segal, Williams și Teasdale, 2002; Teasdale et al., 2000); abuz de substanțe (Marlatt, 1994), tulburarea de personalitate borderline (Linehan, 1994), tulburarea de panică (Kabat-Zinn et al., 1992), tulburarea de alimentație compulsivă (Kristeller și Hallet, 1999), tulburarea de anxietate generalizată (Roemer și Orsillo, 2002) și tulburarea obsesiv-compulsivă (Schwartz și Begley, 2002). Există tot mai multe dovezi din cercetare că mindfulness-ul este eficient în aceste tulburări, precum și în tulburări medicale, precum atacul vascular cerebral și sindromul Tourette (Schwartz și Begley, 2002). Măsura în care mindfulness-ul a devenit strategia fundamentală în abordarea lui Teasdale privind depresia și alte tulburări se reflectă în numele abordării

61 sale: „terapie cognitivă bazată pe mindfulness” (Teasdale et al., 2000). De asemenea, e interesant de observat că terapia centrată pe scheme a lui Young (Young, Klosko și Weishaar, 2015) a inclus mindfulness-ul ca strategie cheie în tratamentul tulburărilor de personalitate.

Terapia centrată pe scheme

Terapia centrată pe scheme este o extensie a terapiei cognitive, dezvoltată de Young (1990, 1999; Young et al., 2015) specific pentru tulburările de personalitate și alte probleme dificile individuale și de cuplu. Terapia integrează elemente de psihologie adleriană, terapie comportamentală, relații cu obiectul și terapie Gestalt într-o abordare sistemică a tratamentului. Recent, a inclus mindfulness pentru clienții sensibili la dimensiunea spirituală.

Conceptul fundamental în terapia centrată pe scheme este schema dezadaptativă timpurie. Schemele sunt definite ca teme largi, pervazive, privind percepția despre sine și despre ceilalți, care s-au dezvoltat în timpul copilăriei și au fost elaborate de-a lungul vieții. Schemele sunt tipare durabile și de autosabotare care, de obicei, încep în viața timpurie — deși se pot forma și la vârsta maturității, generează gânduri și emoții negative/disfuncționale și interferează cu atingerea obiectivelor și satisfacerea propriilor nevoi. Aceste scheme sunt perpetuate comportamental prin stiluri de coping, de menținere a schemelor, evitare a schemelor și compensare a schemelor (Young, 1999).

Young (1999; Young et al., 2015) a identificat 18 scheme. Acestea se dezvoltă în copilărie din interacțiunea dintre

62 temperamentul înăscut al copilului și experiențele nocive în curs de desfășurare ale copilului cu părinții, frații, copiii de aceeași vârstă; deoarece debutează timpuriu în viață, schemele devin familiare și, prin urmare, confortabile. Ne distorsionăm percepția evenimentelor din viața noastră pentru a ne păstra validitatea schemelor, care pot rămâne latente până sunt activate de situații relevante pentru acea schemă anume.

Aceste scheme sunt organizate în cinci largi categorii de dezvoltare a schemelor, numite domenii ale schemelor. Fiecare dintre domenii reprezintă o componentă importantă a nevoilor fundamentale ale copilului. Schemele interferează cu încercările copilului de a-și satisface nevoile fundamentale în fiecare domeniu.

Tabelul 1.2 oferă o descriere succintă a acestor scheme și domenii.

TABELUL 1.2 Scheme dezadaptative și domenii ale schemelor

Deconectare și Respingere

- **Abandon/ Instabilitate:** Crediința că partenerul de viață nu va dori sau nu-i va putea oferi un sprijin de încredere și stabil.
- **Neîncredere/ Abuz:** Crediința că ceilalți îl vor abuza, îl vor umili, înșela, minți, manipula sau vor profita de el.
- **Deprivare emoțională:** Crediința că dorința individului de sprijin emoțional nu va fi satisfăcută de ceilalți.
- **Defect/ Rușine:** Crediința că individul este defect, rău, nedorit sau inferior sub aspecte importante
- **Izolare/Alienare socială:** Crediința că individul este alienat, diferit de ceilalți sau că nu face parte din niciun grup

Autonomie și performanță afectate

- **Dependență/Incompetență:** Crediința că individul nu este capabil să răspundă într-o manieră competentă responsabilităților cotidiene, în absența unui ajutor considerabil din partea celorlalți.

- **Vulnerabilitate în fața răului sau a bolii:** Teama exagerată că o catastrofă iminentă va lovi în orice moment și că individul nu va fi capabil să o prevină.
- **Nediferențiere/Sine nedevelopat:** Crediința că individul trebuie să fie apro-piat emoțional de ceilalți, plătind pentru aceasta cu individuația completă sau cu dezvoltarea socială normală.
- **Eșec:** Crediința că individul va eșua inevitabil sau că este inadecvat în mod fundamental în atingerea propriilor obiective.

Limite afectate

- **Sentiment de îndreptățire/Grandoare:** Crediința că individul le este superior celorlalți și nu trebuie să respecte regulile și normele care reglementează interacțiunea socială normală.
- **Autocontrol insuficient/Autodisciplină insuficientă:** Crediința că individul este incapabil de autocontrol și toleranță la frustrare.

Direcționare de către ceilalți

- **Subjugare:** Crediința că dorințele, nevoile și emoțiile individului trebuie reprimare pentru a satisface nevoile celorlalți și pentru a evita răzbunarea sau criticile.
- **Sacrificiul de sine:** Crediința că individul trebuie să satisfacă nevoile celorlalți, cu costul propriei satisfacții.
- **Căutarea aprobării/Căutarea recunoașterii:** Crediința că individul trebuie să caute constant să aparțină și să fie acceptat, cu costul dezvoltării unui sentiment real de sine.

Hipervigilență și inhibiție

- **Negativism/Pesimism:** O focalizare pervazivă, pe durata întregii vieți, asupra aspectelor negative ale vieții, minimizând, totodată, aspectele pozitive și optimiste.
- **Inhibiția emoțională:** Inhibarea excesivă a acțiunilor, emoțiilor și comunică-rii spontane — de obicei, pentru a evita dezaprobarea din partea celorlalți, trăirile de rușine sau pierderea controlului asupra propriilor impulsuri.
- **Standarde nerealiste /Atitudine hipercritică:** Crediința că eforturile de a atinge standarde de performanță nerealiste de înalte sunt fundamentale pentru a fi acceptat și pentru a evita criticile.
- **Atitudine punitivă:** Crediința că ceilalți ar trebui aspru pedepsiți pentru că au greșit.

Terapia centrată pe scheme presupune identificarea schemelor dezadaptative, decizându-se nivelul adecvat de schimbare, precum și planificarea intervențiilor pentru a pune în practică acest nivel sau grad de schimbare. Sunt menționate diverse niveluri de modificare a schemelor: reconstrucția schemelor, modificarea schemelor, interpretarea și camuflarea schemelor. Reconstrucția schemelor — adică înlocuirea schemei dezadaptative cu una mai funcțională — este nivelul cel mai vast de transformare și presupune, adeseori, un tratament de lungă durată, în timp ce camuflarea schemei este nivelul cu durata cea mai redusă și poate fi un obiectiv mai adecvat în tratamentul de scurtă durată (Young, 1999; Young et al., 2015).

Intervenții structurate de tratament

Spre deosebire de scheme, care reflectă dimensiunea psihologică a personalității, temperamentul — adică aspectele înnăscute, genetice și constitutive ale personalității — reflectă dimensiunea biologică a acesteia. Temperamentul joacă un rol important în reglarea și în dificultățile de reglare a stilurilor emoționale, comportamentale și cognitive ale individului (Sperry și Sperry, 2016). Deși cercetările arată că medicația poate normaliza comportamentele în reglarea cărora au existat dificultăți, un efect modulănt similar a fost observat și în antrenamentul abilităților sociale (Lieberman, DeRisi și Mueser, 1989). Așadar, se pare că antrenamentul abilităților sociale este o puternică strategie de-jos-în-sus pentru normalizarea comportamentelor de acest tip, mediate de sistemul limbic, precum impulsivitatea, agresivitatea și labilitatea dispoziției, doar pentru a enumera câteva. Sperry (2015) susține că indivizii cu

tulburare de personalitate manifestă, de obicei, deficite semnificative ale abilităților, iar intervențiile structurate de antrenament al abilităților sunt utile și necesare în tratarea eficientă a tulburărilor de personalitate de intensitate moderată și severă. Deficitele abilităților pot fi anulate prin achiziția abilităților necesare, în ședințe individuale și de grup, prin exersare via modelare, coaching, joc de rol și teme pentru acasă graduale. În cea de-a treia ediție a *Cognitive Behavior Therapy of DSM-5 Personality Disorders* (Sperry și Sperry, 2016) sunt descrise și ilustrate 16 strategii de intervenție structurată pentru modificarea stilurilor temperamentale afective, comportamentale și cognitive ale individului cu tulburare de personalitate. Tabelul 1.3 enumeră aceste intervenții.

TABELUL 1.3 Intervenții structurate de tratament

-
1. Antrenamentul de gestionare a furiei
 2. Antrenamentul de gestionare a anxietății
 3. Antrenamentul asertivității
 4. Antrenamentul de tolerare a distresului
 5. Antrenamentul de reglare emoțională
 6. Antrenamentul de empatie
 7. Antrenamentul de control al impulsurilor
 8. Antrenamentul abilităților interpersonale
 9. Stabilirea limitelor
 10. Antrenamentul de mindfulness
 11. Antrenamentul de rezolvare de probleme
 12. Antrenamentul abilităților de deschidere radicală
 13. Antrenamentul de gestionare a propriei persoane
 14. Antrenamentul de reducere a sensibilității
 15. Antrenamentul de gestionare a simptomelor
 16. Oprirea gândurilor
-

Psihoterapia centrată pe transfer (Transference Focused Psychotherapy — TFP) a fost dezvoltată de dr. Otto Kernberg și asociații săi (Clarkin, Yeomans și Kernberg, 2015) pentru tratarea tulburărilor de personalitate, deși, inițial, a fost doar pentru tulburarea de personalitate borderline. Este o abordare a tratamentului foarte structurată, procedurală și bazată pe dovezi.

TFP a apărut ca răspuns la eșecul psihanalizei de a trata tulburările de personalitate. Deși psihanaliza a fost benefică pentru unii indivizi, ea nu le-a fost utilă celor cu tulburări de personalitate severe. De fapt, multe persoane cu tulburare de personalitate au părut că își înrăutățesc starea în psihanaliză. În loc să concluzioneze că metoda de tratament în sine ar putea fi cauza, mulți au ajuns la concluzia că tulburările de personalitate erau netratabile. Creatorii TFP au pus la îndoială această convingere, modificând și individualizând metodele tradiționale ale psihanalizei, pentru a le fi utile persoanelor cu tulburări severe de personalitate.

TFP se fundamentează pe teoria relațiilor cu obiectul, care susține că sugarii își formează reprezentări interne despre propria persoană („sine”) și despre ceilalți („obiecte”). În mod obișnuit, aceste „obiecte” sunt reprezentate de persoanele de îngrijire din copilăria timpurie. Reprezentările timpurii ale relației sine-obiect sunt conectate unele de celelalte printr-un afect dominant. Se postulează că, în primele stadii ale dezvoltării sugarului, reprezentările relației sine-obiect, cu coloratură pozitivă, se dezvoltă separat de reprezentările cu coloratură negativă. Conform lui Kernberg, dezvoltarea sănătoasă a personalității mature necesită ca aceste reprezentări clivate, de coloratură pozitivă și negativă,

să fie integrate într-un întreg unic, coeziv. Pe de altă parte, atunci când reprezentările bune și rele rămân clivate și separate, există probabilitatea să apară o organizare dezintegrată a personalității sau o tulburare de personalitate.

Odată formate, aceste perechi (diade) de relații cu obiectul funcționează ca hartă sau șablon, cu ajutorul căruia pot fi înțelese și puse în scenă relațiile de mai târziu. Se consideră că astfel de relații cu obiectul internalizate se manifestă mai apoi în viața individului, în relațiile semnificative. În măsura în care un individ deține o hartă sau un șablon corect, este disponibilă o înțelegere sănătoasă și adecvată a relațiilor viitoare. În opoziție, atunci când individul are o hartă sau un șablon incorect, „clivat” și polarizat, rezultă probleme interpersonale. Același lucru se aplică și în relație cu terapeutul. Ca atare, terapeutul este capabil să identifice natura problemei și modalitatea de a o repara.

În psihoterapia centrată pe transfer (TFP), relația care se formează între terapeut și pacient reprezintă mecanismul schimbării. Acest lucru înseamnă că relația terapeutică în sine oferă mijloacele de identificare și apoi de corectare a structurii de personalitate problematice. Obiectivul este de a le oferi pacienților un șablon relațional corectat. Această corecție devine posibilă prin procesul de „transfer” care are loc deoarece pacientul recurge la șablonul relațional greșit format pe parcursul copilăriei. Pe măsură ce de-a lungul ședințelor de terapie are loc transferul, terapeutul utilizează această experiență drept cadru de lucru pentru identificarea, înțelegerea și actualizarea acestor reprezentări interne sau șabloane. Pe măsură ce terapeuții TFP recunosc acest transfer, ei îi sprijină pe pacienți să înțeleagă și să modifice aceste reprezentări interne.

Obiectivul principal al TFP este să-i asiste pe pacienți în dobândirea unei experiențe emoționale corectoare prin intermediul relației terapeutice. Terapeutul caută să creeze un climat relațional empatic și calmant care-i permite pacientului să experimenteze în mod direct trăirile ambivalente, dureroase și contradictorii față de terapeut. În acest cadru sigur și reconfortant, pacienții învață să-și confrunte și să tolereze trăirile tulburătoare care apar atunci când sunt activate reprezentările obiectului sinelui haotice și clivate. Această capacitate de a tolera aceste trăiri puternic inconfortabile nu a fost posibilă ca sugar sau copil. Scopul acestui proces este de a-l sprijini pe pacient să integreze reprezentările clivate despre sine-și-ceilalți într-un întreg coeziv. Obiectivul primordial al TFP este integrarea identității.

TFP se deosebește de tratamentul tradițional psihanalitic în mai multe moduri. În primul rând, există o agendă foarte specifică și un contract terapeutic. Contractul abordează limitele tratamentului, cum ar fi frecvența și durata ședințelor, telefoanele și procedurile folosite atunci când apare o criză. Terapeutul nu este doar un ascultător pasiv, ci își asumă în schimb un rol foarte activ în terapie, adresând întrebări țintite, clarificatoare și punând sub semnul întrebării comportamentele autodistructive sau alte comportamente negative. E de menționat că tratamentul se focalizează pe problemele relaționale din aici-și-acum. O astfel de focalizare îi ajută pe pacienți să creeze conexiuni între relația lor actuală cu terapeutul și problemele pe care le trăiesc, în prezent, în alte relații din viața lor. Mai mult, e de așteptat ca pacienții să dezvolte o viață productivă și plină de sens în afara terapiei, prin găsirea unui loc de muncă, implicarea în munca de tip voluntariat sau prin continuarea studiilor. În mod obișnuit, ședințele de terapie durează 45 de minute și

se desfășoară de două ori pe săptămână. Atunci când e cazul, poate fi recomandat tratamentul în grup sau implicarea într-un program în 12 pași.

Tratamentul bazat pe mentalizare

Tratamentul bazat pe mentalizare (Mentalization Based Treatment — MBT) a fost dezvoltat de Anthony Bateman și Peter Fonagy (Bateman și Fonagy, 2007, 2009) pentru tratarea tulburărilor de personalitate, în special tulburarea de personalitate borderline. MBT se bazează, în principal, pe teoria atașamentului, în care premisa fundamentală este că sugarii au o nevoie înăscută de a căuta apropierea față de persoana care îi îngrijește. Atunci când este într-o stare de distres, comportamentele de atașament ale unui sugar (de exemplu, zâmbetul, agățarea de o persoană, plânsul) sunt activate pentru a obține un răspuns de alinare din partea unei persoane de îngrijire. Modul în care acea persoană răspunde influențează semnificativ dezvoltarea sentimentului fundamental de siguranță al copilului. În timp, copiii dezvoltă un model intern de procesare a relațiilor pe baza interacțiunii lor cu persoanele de îngrijire, iar acest model le influențează alte relații importante mai apoi în viață.

În măsura în care îngrijitorii răspund adecvat alinând și calmând copilul, se formează un atașament securizant. Ca urmare a atașamentelor securizante, copiii învață să se aline singuri și să-și autoregleze emoțiile, modelând răspunsurile liniștitoare ale persoanei de îngrijire. În măsura în care îngrijitorii nu reușesc să răspundă adecvat, se formează un atașament nesecurizant și scade probabilitatea ca acel copil să se implice în comportamente de autoliniștire și autoreglare.

Mentalizarea constă în capacitatea de a reflecta asupra propriei stări de spirit și de a o înțelege. Este înțelegerea profundă a ceea ce simți și a motivelor pentru care simți acel lucru. Mentalizarea se dezvoltă prin intermediul răspunsului empatic și plin de o înțelegere profundă al persoanei de îngrijire față de starea de distres a copilului. Se învață prin experiența unui atașament securizant.

Mentalizarea este o abilitate de coping esențială, necesară pentru reglarea emoțională eficientă. Din toate punctele de vedere, mentalizarea seamănă cu apăsarea butonului de „pauză”. De exemplu, experiența unei trăiri puternic negative este cuplată, adeseori, cu impulsul intens de a acționa sau de a răspunde. Capacitatea de a tolera o perioadă scurtă a acea trăire puternică și de a reflecta asupra ei poate să-l oprească în mod eficient pe individ din a acționa pe baza acelui impuls intens. Din moment ce trăsăturile definitorii ale unei tulburări de personalitate constau în dificultăți relaționale, indivizii cu tulburare de personalitate au, de obicei, deficite în zona acestei abilități esențiale. Una dintre premisele de bază ale MBT este că mentalizarea trebuie învățată pentru a corecta dificultățile relaționale. În consecință, un scop primar al terapiei MBT este creșterea capacității de mentalizare, o abilitate necesară.

Iată cum funcționează, de obicei, MBT. Se începe prin dezvoltarea unei alianțe terapeutice calde și empatică, care oferă contextul pentru învățarea acestei abilități de mentalizare. Apoi, terapeutul îl încurajează activ pe pacient să reflecteze asupra interacțiunilor relaționale actuale. Sunt incluse aici și interacțiunile din ședința de terapie. Mintea pacientului devine ținta tratamentului, în sensul că pacienții ajung să cunoască și să înțeleagă ce gândesc mințile lor. De asemenea, ei învață să

identifice și se numesc emoțiile asociate cu ceea ce gândesc. Învață să evalueze acele greșeli și erori de gândire la ei înșiși și la ceilalți, care au dus la consecințe negative. De obicei, ședințele individuale sunt programate săptămânal, la fel cum se întâmplă și în cazul ședințelor de grup, în care membrii grupului învață unii de la ceilalți.

Terapia centrată pe dezvoltare

Pe măsură ce un număr tot mai mare de indivizi caută sau solicită psihoterapie care să-i ajute să-și îmbunătățească performanța personală, relațională sau pe cea profesională — cu alte cuvinte, să devină mai pe deplin funcționali — terapeuții și terapiile focalizate vor veni în întâmpinarea acestei situații. Accentul pus pe dezvoltare în psihoterapie, care a început să prindă formă în anii 1960 și anii 1970 (Blocher, 1974; Shostrum, 1976), și care a fost, ulterior, eclipsat, este acum readus în atenție (Blocher, 2000; Cortright, 1997; Sperry, 2002). O astfel de abordare focalizată pe dezvoltare conceptualizează nevoile și preocupările unui individ pe un continuum, de la stări patologice la stări de creștere.

Perspectiva dezvoltării este, în mod special, compatibilă cu tratamentul tulburărilor de personalitate, în sensul conceptualizării nevoilor și perspectivelor orientate pe probleme și pe creștere în termeni dimensionali, mai degrabă, decât categoriali, adică pe un continuum de la un nivel redus la unul înalt de funcționare: tulburată, adecvată și optimă (Sperry, 2002). O astfel de perspectivă developmental-dimensională este superioară distincției categoriale realizate, în prezent, de DSM-5 între funcționarea patologică versus funcționarea normală sau

funcționarea optimă. Deși este adevărat că e posibil ca asigurații medicali să nu fie atât de ușor de convingeți că este, în primul rând, în cel mai bun interes al lor să ramburseze o terapie care se concentrează asupra funcționării optime, o astfel de conceptualizare dezvoltamental-dimensională poate fi utilă nu numai pentru a ghida deciziile terapeutului privind optimizarea tratamentului, ci și pentru a ghida cercetarea rezultatelor referitoare la eficiența costurilor unui astfel de tratament. În tabelul 1.4 este prezentată o scurtă trecere în revistă a acestor trei niveluri de funcționare pentru fiecare dintre cele 10 tulburări de personalitate.

Sperry (2002) descrie un protocol pentru desfășurarea terapiei centrate pe dezvoltare, cu focalizare pe creșterea funcționării optime. Alte abordări centrate pe dezvoltare, axate pe încurajarea funcționării optime, au fost descrise de Cortright (1997) și Blocher (2000).

TABELUL 1.4 Nivelurile de dezvoltare a personalității: optim, adecvat și tulburat

OBSESIV	
Optim	Indivizi conștiincioși, dar spontani, care echilibrează integritatea personală cu generozitatea, atitudinea plină de speranță și amabilitatea.
Adecvat	Mai puțin perfecționism și rigiditate în sarcini și relații, cu un oarecare nivel de implicare emoțională.
Tulburat	Perfecționism și evitarea emoțiilor care interferează cu finalizarea sarcinilor și cu relațiile; gândire și atitudini extrem de rigide; pesimist și avar.
HISTRIONIC	
Optim	Deoarece au găsit în interiorul lor iubirea pe care o caută, sunt altruști și generoși, fără să aștepte reciprocitate.

Adecvat	Deși le place să se distreze și sunt adeseori impulsivi, pot amâna recompensa și să fie adecvați din punct de vedere emoțional, în cea mai mare parte a timpului.
Tulburat	Se simt inconfortabil în situații în care nu se află în centrul atenției.
NARCISIC	
Optim	Plini de energie și de siguranță de sine, fără să aștepte un tratament special sau privilegii.
Adecvat	Încrezători, dar, totodată, vulnerabili din punct de vedere emoțional, preferă tratamentul special sau privilegiile.
Tulburat	Manifestă un sentiment grandios de importanță de sine și solicită privilegii speciale.
EVITANT	
Optim	Deși sunt sensibili la indiciile interpersonale și posedă o fină intuiție în legătură cu ceilalți, sunt, totuși, plini de respect și compasiune față de ceilalți.
Adecvat	Mențin o conduită rezervată în preajma celorlalți, deoarece sunt sensibili și preocupați de opiniile celorlalți în ceea ce-i privește.
Tulburat	Evită activitățile sociale și pe cele legate de muncă și care presupun un contact interpersonal semnificativ, deoarece se tem de critici, dezaprobare sau respingere.
SCHIZOID	
Optim	Puternic ancorati în ei înșiși, sunt conectați emoțional la lume.
Adecvat	Se simt destul de confortabil în preajma altora, cu condiția să existe cerințe limitate de intimitate și conexiune emoțională.
Tulburat	Nici nu își doresc și nici nu se bucură de relații apropiate.

DEPENDENT	
Optim	Pot cere opiniile și sfaturile celorlalți atunci când iau decizii majore, însă deciziile pe care le iau sunt, în cele din urmă, personale.
Adecvat	Au capacitatea de a fi responsabili și a lua decizii, dar tot caută și se bazează pe ceilalți pentru ajutor și sfaturi.
Tulburat	Au nevoie de alții pentru a-și asuma responsabilitatea pentru cele mai importante domenii din viața lor.

ANTISOCIAL	
Optim	Au darul sporovăielii și se împrietenesc rapid cu ceilalți, deși nu oferă prea multă profunzime acelor relații.
Adecvat	Își câștigă respectul acționând onorabil și cu compasiune, folosindu-și puterea în mod constructiv și promovând cauze valoroase.
Tulburat	Manifestă un comportament agresiv, impulsiv, egocentric și iresponsabil.

BORDERLINE	
Optim	Indivizi sensibili, introspectivi și impresionabili care se simt foarte confortabil cu emoțiile și impulsurile lor interioare.
Adecvat	Se implică rapid și ușor în relații și sunt, uneori, răniți și respinși în proces.
Tulburat	Manifestă eforturi susținute de a evita respingerea reală sau imaginată și abandonul.

SCHIZOTIPAL	
Optim	Posedă capacitatea unică de a percepe situațiile și viața diferit, astfel încât să fie în beneficiul celorlalți.
Adecvat	Imersați în ceea ce este unic și neobișnuit, indiferent dacă acel lucru are vreo valoare salvatoare din punct de vedere social.

Tulburat	Manifestă un comportament, gândire și limbaj particulare, excentrice sau ciudate.
-----------------	---

PARANOID	
Optim	Foarte buni observatori și critici, se pot apăra pe ei înșiși, fără să-și piardă controlul sau fără să devină agresivi.
Adecvat	Susceptibili, sunt mai degrabă sensibili în fața suferinței provocată de critici.
Tulburat	Suspicioși, fără a avea o bază suficientă, că ceilalți îi exploatează, le fac rău sau îi înșală.

Strategii axate pe medicație

În mod tradițional, folosirea medicației în tratamentul tulburărilor de personalitate a fost văzută ca fiind limitată. Exista tendința ca medicația să fie utilizată numai pentru o tulburare clinică concurentă, cum ar fi tulburarea bipolară, sau pentru un simptom țintit precum insomnia. Această percepție se modifică rapid. Astăzi, un număr tot mai mare de psihofarmacologi consideră că tratamentul psihofarmacologic poate și ar trebui direcționat către dimensiunile fundamentale care stau la baza personalității. Cercetarea psihofarmacologică asupra tratamentului anumitor tulburări de personalitate s-a dezvoltat rapid în ultimii ani (Reich, 2002; Sperry, 2003). Până de curând, tratamentul medicamentos al indivizilor cu tulburare de personalitate a fost în mare măsură empiric, adică în mare parte bazat pe încercare și eroare. Motivul este că încă nu există medicamente specifice pentru tratamentul tulburărilor de personalitate din DSM-5, cu excepția tulburărilor de personalitate evitantă și borderline

Tratamentul combinat

Există un consens sporit în toate segmentele comunității de sănătate mentală, conform căruia tratamentul eficient al tulburărilor de personalitate presupune îmbinarea modalităților de tratament și integrarea abordărilor de tratament (Sperry, 2006a). În multe centre de tratament, acest lucru înseamnă că terapia individuală este combinată cu terapia de grup sau grupuri de psihoeducație și că poate să includă medicația sau alte modalități. Îmbinarea medicației cu modalitățile individuale și de grup tinde să crească eficiența. Astfel de eforturi de a integra diverse abordări, precum și de a combina modalitățile de tratament, ar fi fost considerate erezice cu doar câțiva ani în urmă. Acum, integrarea și asocierea modalităților de tratament reprezintă un consens emergent ce reflectă amploarea imensă a „schimbării de paradigmă” care are loc (Beitman, 2003; Sperry, 2003).

Structura capitolelor următoare

Fiecare capitol este împărțit în cinci secțiuni majore: trecere în revistă, descriere, conceptualizare de caz, evaluare și tratament. Secțiunea de trecere în revistă oferă o scurtă schiță istorică a tulburării, inclusiv evoluția acesteia în DSM. Sunt oferite, de asemenea, date despre incidența/prevalența tulburării.

Secțiunea de descriere oferă o analiză extensivă a unei anumite tulburări de personalitate în termeni biopsihosociali. Sunt subliniate aspectele temperamentului, cum ar fi stilul cognitiv,

77
stilul afectiv, stilul comportamental și stilul interpersonal. Pentru a-l sprijini pe clinician să stabilească dacă simptomatologia ține de tulburare sau de stil și cum ar arăta profilul tratamentului de succes al tulburării, sunt oferite descrierile, trăsăturile caracteristice și exemplele de caz atât pentru stilul de personalitate, cât și pentru tulburare. Sunt incluse descrieri din DSM-5, descrieri prototip și date privind prevalența. Conceptualizările de caz pot fi gândite în termeni de formulare diagnostică, clinică, culturală și de tratament (Sperry, Gudeman, Blackwell și Faulkner, 1992; Sperry și Sperry, 2012). Această secțiune reprezintă o formulare diagnostică a tulburării.

Următoarea parte conține cinci conceptualizări de caz diferite ale tulburării. Cele cinci formulări clinic principale sunt formularea psihodinamică, cea biosocială — reprezentată în mare măsură de Millon (1981, 1990; Millon și Everly, 1985); formularea cognitiv-comportamentală în care cognitivismul e reprezentat în mare parte de Beck și Freeman (1990), iar comportamentalismul e reprezentat de Turkat (1990); formularea interpersonală — descrisă de Benjamin (1993); și formularea integrativă sau biopsihosocială — descrisă de Sperry (1990, 2010a, 2015).

Secțiunea despre evaluare descrie comportamentul la interviu manifestat în mod tipic de pacientul cu tulburare de personalitate și ușurința sau dificultatea stabilirii relației. Această parte descrie și tiparele de răspuns caracteristice, frecvente în cazul acelei tulburări de personalitate, obținute la teste precum MMPI-I, MCMI-II, care se bazează pe formularea biosocială a lui Millon (1981, 1990) și pe datele de cercetare, precum și la două teste proiective frecvent folosite, cum sunt Rorschach și Testul apercepției tematice (TAT). Din moment ce testarea psihologică poate fi în mod deosebit utilă în clarificarea caracterizării pe

dimensiuni a personalității pacientului, adică acolo unde este prezentă mai mult de o tulburare de personalitate sau un cluster de trăsături, această secțiune poate fi relevantă din punct de vedere clinic psihologilor și celorlalte persoane care folosesc evaluarea psihologică. Următoarea secțiune referitoare la conceptualizarea de caz poate fi destul de utilă în înțelegerea originilor acestor tulburări.

Sunt detaliate trei abordări generale folosite cel mai frecvent în tratamentul individual al tulburării. Acestea sunt abordările psihodinamică, cognitiv-comportamentală și interpersonală. Abordarea psihodinamică include, de obicei, o descriere a modalităților în care metoda tradițională analitică a fost modificată pentru acea tulburare, în termeni expresiv-suportivi. Abordarea terapiei cognitive a tulburării de personalitate a lui Beck, Davis și Freeman (2011) este subliniată și completată de abordarea comportamentală bazată pe cercetări a lui Turkat (1990). În continuare, este prezentat protocolul lui Benjamin (1993, 2007) pentru tratamentul interpersonal.

Sunt explorate și alte modalități de tratament relevante pentru tulburare, alături de cercetări pertinente privind indicațiile teoretice și eficiența. O caracteristică unică a acestei cărți este discutarea modalităților de grup, maritale și familiale, precum și a celor care țin de psihofarmacologie, pentru fiecare tulburare. Tratamentul de grup poate fi omogen sau eterogen, structurat și limitat în timp sau mai puțin structurat și continuu. Eterogenitatea se referă la componența grupului, ca fiind diversă în termeni de funcționare. Omogenitatea se referă la componența grupului, ca fiind similară în termenii tipurilor de personalitate și al nivelului de funcționare (Frances, Clarkin și Perry, 1984). Grupurile omogene se pretează a fi structurate și

limitate în timp. În sfârșit, sugestii specifice pentru combinarea modalităților și integrarea sau îmbinarea abordărilor de tratament întregesc această secțiune și cartea.

Capitolele 3-12 urmează același format general sau plan al capitolului, așa cum e conturat în Tabelul 1.5.

TABELUL 1.5 Formatul capitolelor

I. Trecere în revistă și context

II. Descriere

1. Caracteristici definitorii
 - a. Stil versus tulburare
 - b. Eveniment declanșator
 - c. Stil comportamental
 - d. Stil interpersonal
 - e. Stil cognitiv
 - f. Stil afectiv
 - g. Stil de atașament
 - h. Criteriul optim de diagnostic
2. Descriere prototip
3. Descriere DSM-5
4. Prevalență

III. Conceptualizare de caz

1. Psihodinamică
2. Biosocială
3. Cognitiv-comportamentală
4. Interpersonală
5. Integrativă

IV. Evaluare

1. Comportamentul la interviu și relația
 2. Date din testarea psihologică
 - a. MMPI-2
 - b. MCMI-IV
 - c. TAT/Rorschach
-

V. Abordări ale tratamentului și intervenții

1. Considerații privind tratamentul
2. Psihoterapie individuală
 - a. Abordările psihodinamice
 - b. Abordările cognitiv-comportamentale
 - c. Abordările interpersonale
3. Terapie de grup
4. Terapie de cuplu și de familie
5. medicație
6. Abordări combinate/integrative

Caracteristici definitorii ale tulburărilor de personalitate

O cheie pentru oferirea unui tratament eficient pentru tulburările de personalitate este reprezentată de înțelegerea profundă a modului în care și a motivului pentru care se dezvoltă patologia tulburării de personalitate, precum și a manierei în care este ea trăită de individul cu tulburare de personalitate și de ceilalți apropiați. Deși partea narativă a fiecărui capitol — în secțiunea de descriere — oferă o prezentare detaliată a unei anumite tulburări de personalitate, în fiecare capitol este inserat un tabel care include un *rezumat succint* al acestor caracteristici definitorii. Scopul acestuia este atât de a facilita învățarea inițială privind tulburarea respectivă, cât și de a funcționa ca sursă de referință ulterioară. Tabelul 1.6 enumeră aceste caracteristici. Este urmat de o scurtă descriere a fiecăreia dintre aceste 12 caracteristici.

TABELUL 1.6 Caracteristici definitorii ale unei tulburări de personalitate

- Eveniment(e) declanșator/oare
- Stil comportamental
- Stil interpersonal
- Stil cognitiv
- Stil afectiv
- Temperament
- Stil de atașament
- Injoncțiune parentală
- Schema sine-alții
- Scheme fundamentale dezadaptative
- Criteriul optim de diagnostic

Eveniment(e) declanșator/oare. Situațiile caracteristice și predictibile, circumstanțele sau alți stimuli care inițiază un răspuns dezadaptativ specific — în familii sau relații intime, în situații sociale sau în contexte profesionale (Othmer și Othmer, 2002) sunt reflectate în stilurile comportamentale, interpersonale, cognitive și afective ale individului. Evenimentele declanșatoare pot fi intrapersonale, cum ar fi eșecul la un examen sau interpersonale, de exemplu o rană narcisică.

Stilul comportamental. Modul caracteristic în care un individ reacționează personal la un eveniment declanșator. Exemplele includ: centrarea pe propria persoană, nerăbdarea, atitudinea defensivă, aroganța etc.

Stilul interpersonal. Modul caracteristic în care individul relaționează cu ceilalți. Exemplele includ: exploator, plin de dispreț, plăcut din punct de vedere social, dar fără a manifesta empatie, agreabil, adeziv, culpabilizator, binevoitor etc.

Stilul cognitiv. Modul caracteristic în care un individ percepe problema și se gândește la ea, iar apoi concepe și implementează

82 o soluție. Exemple de astfel de stiluri includ stilul analitic, metodic, global sau tematic, precaut, neglijent etc.

Stilul afectiv. Maniera caracteristică în care un individ răspunde prin diverse tipuri de afecte și intensități ale acestora. Exemple de astfel de stiluri includ furia, mânia, exaltarea și labilitatea dispozițională.

Temperamentul. Un tipar de răspuns înnăscut, caracteristic, ce reflectă nivelul de energie al unui individ, structura emoțională, intensitatea și tempo-ul răspunsului, care funcționează ca „filtru al personalității prin care informația este procesată, prin care se desfășoară atașamentele, iar emoțiile sunt trăite și exprimate” (Graybar și Boutilier, 2002, p. 156). Exemple de astfel de stiluri includ: inhibat, impulsiv, reflectiv și agresiv.

Stilul de atașament. Tiparul de relaționare al adultului, care reflectă legătura emoțională dintre părinte și bebeluș și care influențează reglarea afectului, reziliența psihologică, accesul la memoria autobiografică și dezvoltarea autoreflexivității și a capacității narative. Stilurile sunt securizante sau nesecurizante (Ainsworth et al., 1978; Erdman și Caffery, 2003). Exemple de stiluri nesecurizante, observate în cazul indivizilor cu tulburare de personalitate, includ stilurile preocupat, temător, de desconsiderare și dezorganizat.

Injoncțiunea parentală. Se referă la o expectație parentală exprimată sau implicită referitoare la ceea ce ar trebui să fie sau la cum ar trebui să se poarte un copil. Exemple de astfel de injoncțiuni: „Nu te descurci singur”, „Trebuie să fii mai bun pentru a fi valoros”, „Nu greși niciodată”.

Schema sine-ceilalți. Această schemă presupune opinia despre sine și despre ceilalți. Opinia individului despre

sine sau concepția personală despre sine include o autoevaluare a abilităților, valorii personale, potențialului și obiectivelor. Exemple de astfel de convingeri despre sine includ: „Sunt defect”, „Am nevoie de atenția celorlalți pentru a mă simți important și valoros”, „Sunt special și îndreptățit” (Sperry, 2015).

Concepția evaluativă a individului despre ceilalți include credințe despre natura umană, despre lume și despre alte persoane. Exemple de astfel de convingeri includ: „viața este o luptă”, „nu se poate avea încredere în oameni”, „alții trebuie să aibă grijă de mine” (Sperry, 2015).

Scheme fundamentale dezadaptative. Schemele sunt tipare durabile și de autosabotare privind perspectiva individului despre sine, despre lume și despre alții, dezvoltate în timpul copilăriei și elaborate pe parcursul vieții persoanei. Ele determină gânduri și emoții negative, interferând cu atingerea obiectivelor și cu satisfacerea nevoilor individului (Young et al., 2015). Exemple de astfel de scheme includ: deficiență, izolare socială, căutarea aprobării, sacrificiul de sine.

Criteriul optim de diagnostic. Se consideră că, în cazul în care clinicienii își pot aminti câte un criteriu cheie pentru fiecare tulburare de personalitate, atunci „ei pot testa prezența sau absența aceluia criteriu, reușind să diagnosticheze rapid tulburarea de personalitate” (Allnutt și Links, 1996, p. 22). Un criteriu optim derivă din următoarele trei caracteristici: caracterul său de prototip, adică să prezinte o corelație înaltă cu suma tuturor criteriilor pentru acea tulburare; o descriere comportamentală potrivită și o valoare predictivă pozitivă înaltă, adică probabilitatea ca individul să întrunească criteriile pentru tulburarea respectivă. Datele referitoare la caracterul de prototip și la predictibilitate au fost extrase din cercetările care au folosit

Notă concluzivă

La începutul acestui nou mileniu, clinicienii sunt tot mai încrezători și eficienți în lucrul cu indivizii cu tulburare de personalitate, mai mult decât în orice alt moment din istoria psihiatriei și a științelor din domeniul sănătății mentale. În timp ce în urmă cu 20 de ani, mulți, dacă nu cumva cei mai mulți clinicieni considerau că aceste tulburări sunt netratabile, acum clinicienii pot indica atât către experiența clinică, cât și spre dovezile din cercetare care arată că indivizii cu tulburare de personalitate, inclusiv cei cu tulburare de personalitate borderline, pot fi ajutați să-și crească nivelul de funcționare și starea de bine. Așa cum am semnalat în prima ediție a cărții de față, schimbarea care apare în paradigma de tratament a tulburărilor de personalitate este acum în plină desfășurare și promite să fie la fel de interesantă și amplă precum a fost schimbarea de paradigmă anterioară în diagnosticarea și tratarea tulburărilor depresive.

Capitolul de față a prezentat în avanpremieră mai multe dezvoltări de ultimă oră ce presupuneau conceptualizarea, evaluarea, diagnoza și tratamentul tulburărilor de personalitate din DSM-5. Multe dintre aceste progrese în diagnoză și tratament sunt incluse în capitolele ulterioare. Speranța mea este că această ediție revizuită va încuraja pe mai departe o atitudine de încredere și o măsură a competenței clinicienilor în lucrul cu indivizii cu tulburare de personalitate.

Conceptualizarea de caz și tratamentul eficient al tulburărilor de personalitate

În această epocă a asumării responsabilității, practica clinică eficientă presupune din partea clinicienilor ca aceștia să realizeze o evaluare clinică focalizată și să dezvolte o conceptualizare de caz riguroasă pe baza evaluării. Conceptualizarea de caz devine atunci baza pentru realizarea unor decizii informate din punct de vedere clinic, privind tratamentul adaptat la circumstanțele individului și la nivelul de funcționare al acestuia. Cu alte cuvinte, conceptualizarea de caz este fundamentală pentru dobândirea unor rezultate eficiente ale tratamentului cu indivizii dificil de tratat, în special cu cei cu tulburări de personalitate.

Capitolul de față descrie valoarea clinică a conceptualizării de caz integrative. Capitolul definește și descrie conceptualizarea de caz, componentele și elementele acesteia, susținând cauza conceptualizării de caz ca punte care realizează conexiunea dintre evaluare și tratament și, în special, ca influențând obiectivele tratamentului și intervențiile. Susținem că eficiența conceptualizărilor de caz ține de nivelurile înalte de putere explicativă și

putere predictivă, precum și de focalizarea pe înlocuirea tiparelor dezadaptative cu unele mai adaptative. Sunt prezentate exemple de conceptualizare de caz pentru trei dintre cele mai frecvente tulburări de personalitate în practica clinică din prezent. Studiile de caz ilustrează discuția, începând cu cazurile interactive din următoarea secțiune.

Exemplificări clinice

Aceasta este o secțiune interactivă care are drept scop să vă implice direct în procesul de învățare. Începem cu următoarea întrebare: cum luați deciziile clinice atunci când lucrați cu indivizii cu tulburare de personalitate? Citiți următoarele două cazuri și gândiți-vă cum le-ați aborda în termeni de evaluare, conceptualizare de caz și intervenții.

Cazul Kierei

Kiera este o femeie în vârstă de 33 de ani, care nu a fost niciodată căsătorită, diagnosticată pentru prima oară cu tulburare de personalitate borderline după vreo 20 de ani de psihoterapie și tratament medicamentos. Pe parcursul acestei perioade, a trecut prin instabilitate emoțională, relații instabile și comportamente de risc care au determinat câteva spitalizări și terapie continuă în ambulatoriu. În urmă cu aproximativ doi ani, Kiera a început terapie comportamentală dialectică (DBT), care a presupus terapie DBT individuală, consultații telefonice cu terapeutul în perioadele în care trecea printr-o criză și psihoeucație de grup.

A fost obținută următoarea istorie de dezvoltare. Kiera se descrie pe ea însăși în copilărie ca fiind hipersensibilă și cu

dificultăți de reglare emoțională. Se pare că perioada copilăriei a fost marcată de părinți exigenți, critici și distanți din punct de vedere emoțional. Aceștia au divorțat atunci când ea avea aproape 4 ani, aparent din cauza alcoolismului tatălui ei. Mama este descrisă ca fiind „invalidantă”, în sensul că a negat, a ignorat și a răspuns haotic la preocupările și experiențele Kierei. În plus, Kiera a fost învinovățită pentru că nu a atins așteptările și standardele înalte ale mamei privind realizările și bunele maniere. De-a lungul anilor, Kiera a fost implicată în câteva relații intense, de scurtă durată, și a avut numeroase locuri de muncă, toate pe termen scurt.

Kiera descrie și un istoric de abuz sexual, inițial la vârsta de 6 ani, din partea unei persoane care lucra ca babysitter, aspect care poate fi conectat cu hipersexualitatea ei pe parcursul adolescenței și primei perioade de maturitate. Prima tentativă de suicid a avut loc la vârsta de 12 ani, ceea ce a dus la prima dintre numeroasele spitalizări. De atunci, s-a implicat în diverse comportamente de autovătămare, inclusiv tăierea venelor. A început să folosească droguri la vârsta de 14 ani, comportament care s-a intensificat până după vârsta de 20 de ani. Se pare că este abstinentă de 10 ani, implicându-se continuu în organizațiile AA (alcoolicii anonimi) și NA (narcoticii anonimi). Kiera descrie că a fost implicată în „toate formele de terapie”, cu mai mulți terapeuți, timp de 20 de ani, pentru labilitate emoțională, abuz de substanțe și comportament de autovătămare, înainte de a începe DBT individuală și de grup.

De ce alte informații pertinente ați putea avea nevoie pentru a vă finaliza evaluarea? Care este conceptualizarea de caz pe care o faceți, diagnosticul și planul de intervenție? Vom reveni

88 la cazul Kierei și la aceste întrebări aproape de finalul acestui capitol.

Cazul lui Aimee

Aimee, 30 de ani, își crește singură cei doi fii în vârstă de 12 și 11 ani. În prezent, este angajată ca șofer de limuzină și urmează cursuri post-universitare cu frecvență redusă. Motivul declarat pentru solicitarea terapiei a fost pentru a învăța cum să facă față furiei și resentimentului față de mama sa. Aimee se auto-descrie ca fiind pasivă, ascunzându-și furia și resentimentele, dar manifestându-și aceste emoții „prin autocritici continue și muncind până la epuizare”, ceea ce înseamnă că se concentrează constant pe satisfacerea nevoilor celorlalți, fără a se relaxa sau a se bucura de viață. Aimee este foarte grijulie și circumspectă în discuțiile cu mama sa, temându-se că o va răni emoțional. Aimee a fost practic abandonată de mama ei când era copil și a fost crescută de bunica maternă. A menționat că era și încă este foarte apropiată de bunică și continuă să fie mult mai apropiată de tatăl ei.

Aimee a povestit și că fostul ei soț o abuzase verbal și fizic, acesta urmând să fie, în curând, eliberat din închisoare. Anticipându-i eliberarea, Aimee se îngrijora pentru siguranța ei și cea a copiilor. Ea povestește că a rămas foarte apropiată de tatăl ei, dar destul de distantă emoțional de mamă. Pe formula- rul inițial a afirmat: „Am trăiri de furie foarte mari față de ea.” Nu sunt declarate probleme medicale, deși menționează că are dureri severe de cap, anxietate, depresie, dificultăți de somn și vise urâte. Testarea psihologică dezvăluie o nevoie ridicată de a face pe plac celorlalți și de a fi o victimă. Aimee declară că teama

89 ei cea mai mare este de a fi singură. Aimee a mai beneficiat de terapie înainte, însă a menționat că, deși își înțelegea mai bine situația, nu se înregistraseră schimbări pozitive.

De ce alte informații pertinente ați putea avea nevoie pentru a vă încheia evaluarea? Care este conceptualizarea dumneavoastră de caz, diagnoza și planul de intervenție? Vom reveni la cazul lui Aimee și la aceste întrebări spre finalul capitolului.

Conceptualizarea de caz

Deși sintagma „conceptualizare de caz” este relativ nouă, clinicienii și cercetătorii au folosit „formulare de caz” de mai bine de 50 de ani (Tarrier, 2006). Elementul comun celor mai multe modele de conceptualizare de caz, inclusiv abordărilor analitice, constructiviste, interpersonale, psihodinamice, cognitiv-comportamentale și sistemice este cel de „tipar”. Nu vrem să sugerăm că toate abordările conceptualizărilor de caz sunt la fel. Totuși, deși există elemente unice fiecărei abordări, există, de asemenea, câteva elemente, cum ar fi tiparul, care sunt comune majorității abordărilor (Eells, 2007, 2010). Restul acestui capitol descrie o abordare integrativă a conceptualizării de caz, care subliniază elementele comune și poate include și elemente unice (Sperry și Sperry, 2012).

Conceptualizarea de caz: Definiție și componente

Conceptualizarea de caz reprezintă o modalitate de rezumare a diverselor informații într-o manieră succintă, coerentă, în scopul unei mai bune înțelegeri și tratări a individului. Mai mult, o conceptualizare de caz constă în patru componente: formularea

diagnostică, formularea clinică, formularea culturală și formularea de tratament (Sperry, 2010; Sperry și Sperry, 2012).

Formularea diagnostică. O formulare diagnostică este o afirmație descriptivă privind natura și gravitatea simptomatologiei psihiatrice a individului. Formularea diagnostică îl ajută pe clinician să obțină trei seturi de concluzii diagnostice: dacă simptomatologia pacientului este în primul rând nevrotică, psihotică sau caracterială; dacă simptomatologia individului are o etiologie în primul rând organică sau psihogenă; și dacă simptomatologia individului este atât de acută și severă, încât solicită intervenție imediată. Pe scurt, formulările diagnostice au un caracter descriptiv, fenomenologic și transversal. Ele răspund la întrebarea: „Ce s-a întâmplat?”. Din motive practice, formularea diagnostică se pretează la a fi specificată prin criteriile DSM-5.

Formularea clinică. Formularea clinică, pe de altă parte, are un caracter mai explicativ și mai longitudinal și încearcă să ofere o argumentare pentru dezvoltarea și menținerea simptomelor și a tiparelor de viață disfuncționale. Formulările clinice răspund la întrebarea: „De ce s-a întâmplat?”. Așa cum există diverse teorii ale comportamentului uman, la fel există și diverse tipuri de formulări clinice: psihanalitică, adleriană, cognitivă, comportamentală, a sistemelor familiale, biopsihosocială sau orice altă combinație. În această carte sunt subliniate conceptualizările de caz cognitiv-comportamentale.

Formularea culturală. O formulare culturală este o trecere în revistă și o explicație sistematică a factorilor și dinamicilor culturale care acționează în problemele manifeste. Formularea culturală răspunde la întrebarea: „Ce rol joacă cultura?”. Mai specific, descrie identitatea culturală a clientului și nivelul la care el

și-a însușit cultura societății sale. Formularea oferă o explicație culturală privind starea clientului, precum și impactul factorilor culturali asupra personalității și nivelului de funcționare al clientului. Mai mult, sunt abordate elementele culturale care ar putea avea un impact asupra relației dintre individ și terapeut și dacă sunt sau nu indicate intervenții sensibile din punct de vedere cultural.

Formularea tratamentului. O formulare a tratamentului este ulterioară formulărilor diagnostică, clinică și culturală și funcționează ca plan explicit care reglementează intervențiile de tratament. În loc să răspundă la întrebările: „Ce s-a întâmplat?” sau „De ce s-a întâmplat?”, formularea tratamentului abordează întrebarea: „Ce poate fi făcut în legătură cu asta și cum?”.

Cele mai utile și cuprinzătoare conceptualizări de caz sunt cele integrative, care conțin toate cele patru componente: formularea diagnostică, clinică, culturală și a tratamentului (Sperry și Carlson, 2014; Sperry și Sperry, 2012). Formatul următoarelor capitole ale acestei cărți va scoate în evidență conceptualizările integrative. Formularea diagnostică va sublinia criteriile DSM-5; formularea clinică va accentua explicațiile cognitiv-comportamentale, în timp ce formularea tratamentului va sugera obiective și metode de tratament cognitiv-comportamentale.

Premisele și elementele de bază

În opinia a numeroși clinicieni și cercetători, conceptualizarea de caz este una dintre cele mai dificil de stăpânit competențe clinice (Eells, 2010; Sperry și Sperry, 2012). Dificultatea percepută în dezvoltarea unei conceptualizări de caz eficiente poate fi motivul pentru care mulți terapeuți nici nu dezvoltă, nici nu

92 folosesc conceptualizări de caz ori le lipsește încrederea în capacitatea lor de a-și conceptualiza cazurile. Experiența mea este că terapeuții experimentați și novicii deopotrivă pot începe cu ușurință și încredere să stăpânească această competență într-un timp atât de scurt precum două sau trei ore de pregătire formală. Abordarea acestui tip de instruire presupune învățarea unui model integrat de conceptualizare de caz bazat pe elemente comune și distinctive și care subliniază elementul tiparului, adică al tiparului dezadaptativ. Două premise fundamentale stau la baza acestui model integrativ.

Tiparul dezadaptativ. Prima premisă este că indivizii dezvoltă, fără să știe, un tipar dezadaptativ de funcționare și relaționare cu ceilalți, care se perpetuează de la sine. Inevitabil, acest tipar se află la baza problemelor manifeste ale individului. Tratatamentul eficient presupune întotdeauna un proces de schimbare, în care clientul și terapeutul colaborează pentru a identifica acest tipar, a-l sparge și a-l înlocui cu un tipar mai adaptativ. Cel puțin două rezultate derivă din acest proces de schimbare: stare de bine crescută și rezolvarea problemei curențe a clientului.

Identificarea tiparului și schimbarea. Cea de-a doua premisă este că identificarea tiparului și schimbarea acestuia se află în inima procesului de conceptualizare de caz. Tiparul constă în stilul și maniera predictibile, constante și care se perpetuează de la sine, în care indivizii gândesc, simt, acționează și se apără pe ei înșiși (Sperry, 2005; Sperry et al., 1996). Modificarea tiparului presupune trei procese: (1) identificarea tiparului dezadaptativ, (2) renunțarea la tiparul dezadaptativ și înlocuirea acestuia cu unul mai adaptativ și (3) consolidarea tiparului adaptativ (Beitman și Yue, 1999).

Conceptualizarea de caz: Elemente

93

Conceptualizarea de caz integrativă descrisă în acest capitol conține 17 elemente, identificate în Tabelul 2.1 (Sperry și Sperry, 2012). Identificarea acestor elemente este considerată fundamentală în conceptualizarea cazurilor referitoare la persoanele care îndeplinesc criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate (Sperry și Sperry, 2016).

TABELUL 2.1 Elemente ale unei conceptualizări de caz integrative

Tablou clinic	problema manifestă și răspunsul caracteristic în fața precipitanților
Precipitant	factorii declanșatori care activează tiparul ce determină problema manifestă
Tipar: dezadaptativ	manieră inflexibilă, ineficientă de percepție, gândire, acțiune
Predispoziție	factorii care susțin funcționarea adaptativă sau dezadaptativă, inclusiv factorii de protecție , punctele tari și factorii de risc
Perpetuanți (factori de perpetuare)	declanșatorii care activează tiparul persoanei, ceea ce duce la manifestarea problematică
Identitate culturală	sentimentul de apartenență la un anumit grup etnic
Cultură: aculturație și stres de aculturație	nivelul de adaptare la cultura dominantă; stresul cu origini în aculturație, inclusiv dificultățile psihosociale
Explicație culturală	crențele privind cauza distresului, stării sau afecțiunii

Cultură vs. personalitate	amestec activ al dinamicilor culturale și de personalitate
Model de tratament	manieră flexibilă, eficiență de percepție, gândire, acțiune
Obiectivele tratamentului	rezultatele enunțate ale tratamentului de scurtă și lungă durată
Focalizarea tratamentului	accentul terapeutic principal care oferă direcție tratamentului și este acordat la tiparul mai adaptativ
Strategia de tratament	plan și mijloc de acțiune pentru obținerea unui tipar mai adaptativ
Intervențiile de tratament	tehnicile și tacticile specifice de schimbare legate de strategia de tratament pentru atingerea obiectivelor tratamentului și pentru modificarea tiparului
Obstacolele în calea tratamentului	provocările predictibile în procesul de tratament, anticipate plecând de la tiparul dezadaptativ
Tratament — cultură	inclusiunea intervențiilor culturale, a terapiei sau a intervențiilor sensibile din punct de vedere cultural atunci când acest lucru este indicat
Prognosticul tratamentului	predicția cursului probabil, a duratei și a rezultatului problemei de sănătate mentală, cu sau fără tratament

Conceptualizare de caz: puncte forte și factori protectori

Modelul integrativ de conceptualizare de caz explică punctele forte și factorii de protecție, precum și deficitul și factorii de risc (Sperry, 2014). Influența punctelor tari și a factorilor de protecție — specificați ca un aspect al predispoziției — are o

valoare clinică semnificativă în conceptualizarea de caz, deoarece „echilibrează” punctele tari și factorii protectori cu deficitul și riscurile și, în egală măsură, oferă o bază tangibilă pentru estimarea prognosticului.

Conceptualizare de caz: conceptualizări de caz complete vs. conceptualizări de caz concise

Conceptualizările de caz complete includ toate sau aproape toate aceste 17 elemente. Ca atare, o conceptualizare de caz completă reprezintă toate cele patru formulări: formularea diagnostică, cea clinică, cea culturală și cea de tratament. În opoziție, o conceptualizare de caz concisă include mai puține elemente. La nivel minim, o conceptualizare de caz concisă ar trebui să includă manifestarea, precipitantul, tiparul, obiectivul/obiectivele de tratament și intervenția/intervențiile de tratament. În măsura în care o conceptualizare de caz concisă este utilă din punct de vedere clinic, ea trebuie să ofere o explicație suficient de convingătoare pentru comportamentul și nivelul de funcționare al persoanei. Datorită puterii sale explicative, o conceptualizare de caz, indiferent cât de concisă, nu poate fi considerată doar un rezumat al cazului.

Conceptualizări de caz: puterea explicativă, de ajustare și predictivă

O conceptualizare de caz utilă din punct de vedere clinic are trei caracteristici. În primul rând, oferă un nivel înalt de *putere explicativă*, ceea ce înseamnă că acea conceptualizare de caz oferă o explicație riguroasă pentru problema manifestă, explicație care

răspunde întrebării de ce s-a purtat persoana așa cum a făcut-o. În al doilea rând, oferă un nivel înalt de *putere de ajustare*, ceea ce se referă la selecția intervențiilor de tratament care sunt „cel mai potrivite” stilului persoanei și profilului funcțional al acesteia, precum și la severitatea simptomului, nivelul de funcționare și măsura în care este sau nu o tulburare de internalizare sau externalizare. Intervențiile selectate trebuie să se potrivească și cu problema curentă și cu formulările clinice, diagnostice și culturale și să aibă o probabilitate crescută de a avea succes în generarea schimbării. În al treilea rând, o conceptualizare de caz utilă din punct de vedere clinic oferă, de asemenea, un nivel înalt de *putere predictivă* — anticiparea atât a celor mai probabile obstacole, cât și a elementelor de facilitare a succesului tratamentului (Sperry și Sperry, 2012). Toate trei aspectele sunt fundamentale pentru planificarea și ghidarea eficiente și competente ale procesului de tratament.

Conceptualizarea de caz: studiu de caz

Ilustrăm aici procesul construirii unei conceptualizări integrative de caz. În continuarea informațiilor privind contextul, este prezent un segment de evaluare integrativă care identifică informațiile cheie. Urmează apoi un tabel care rezumă cele 17 elemente din formularea de caz diagnostică, clinică, culturală și din formularea de tratament pentru cazul respectiv. Apoi este oferită o afirmație de tipul conceptualizării de caz complete, care integrează toate informațiile într-o relatare coerentă. Primul paragraf expune formularea diagnostică, cel de-al doilea pe cea culturală, iar cel de-al treilea paragraf formularea tratamentului. De asemenea, este oferită și o conceptualizare de caz concisă.

Cazul lui Geri

Geri, 35 de ani, este o femeie afro-americană care lucrează ca secretară. Nu este într-o relație, locuiește singură și a fost trimisă de directorul de resurse umane din compania sa pentru evaluare și tratament, în urma a trei săptămâni de depresie și izolare socială. Absența de la lucru a fost cea care a determinat trimiterea ei la medic. Simptomele lui Geri au început curând după ce șeful i-a spus că era luată în calcul pentru o promovare. Geri povestește că în copilărie se izola și îi evita pe ceilalți atunci când era criticată și tachinată de membrii familiei și copiii de aceeași vârstă. Este puternic aculturată și consideră că depresia ei este rezultatul stresului de la serviciu și al „dezechilibrului chimic” din creierul ei.

Evaluare integrativă

Pe lângă informațiile de evaluare diagnostică, au fost obținute următoarele informații biopsihosociale. Istoricul ei familial sugerează o vulnerabilitate biologică față de depresie. Geri și-i amintește pe părinți discutând despre cum mătușii materneli i-au fost prescrise antidepresive. Dincolo de obezitatea moderată, Geri declară că are o sănătate destul de bună. Ea neagă folosirea medicației, alcoolului sau a drogurilor recreaționale. Istoricul ei de dezvoltare și istoricul social dezvăluie prezența unor părinți exigenți, critici și distanți din punct de vedere emoțional, care se pare că i-au oferit un sprijin redus și l-au favorizat pe fratele ei mai mic. În plus, era tachinată și criticată constant de copiii de aceeași vârstă din cartier și de la școală. Există un istoric de-o viață întregă de izolare socială, sensibilitate în fața

98 respingerii și evitare a altora, în loc de a riposta sau neutraliza criticile și tachinările celorlalți. Geri povestește că nu avea cea mai bună prietenă în copilărie, iar acum are doar o colegă în preajma căreia se simte confortabil. În afara unei mătuși din partea tatălui, are un contact limitat cu familia. Trebuie observat că, în ciuda faptului că e absolventă de facultate și că a lucrat câțiva ani într-un birou, ea continuă să aibă un deficit semnificativ al abilităților de comunicare asertivă, de relaționare socială și rezolvare de probleme. Mai mult, îi lipsește încrederea atunci când se află în preajma altora, neavând pe deplin încredere în ceilalți. Geri îndeplinește criteriile pentru tulburare depresivă majoră, episod unic, și pentru tulburare de personalitate evitantă cu trăsături obsesiv-compulsive. Tabelul 2.2 rezumă elementele unei conceptualizări de caz integrative în cazul lui Geri (Sperry și Sperry, 2012).

TABELUL 2.2 Elementele conceptualizării integrative: cazul lui Geri

Tablou clinic	izolare socială crescută și simptome depresive
Precipitant	discuțiile despre promovarea la locul de muncă și transferarea în afara grupului ei de lucru bine sudat
Tipar: dezadaptativ	evitarea și deconectarea de ceilalți atunci când se simte nesigură
Predispoziție	Biologică — istorie familială de depresie Psihologică — timidă, evitantă, non-asertivă; sensibilă la respingere Socială — în prezent: evită persoanele critice și exigente; în trecut: părinți exigenți, critici, indisponibili din punct de vedere emoțional; copiii de aceeași vârstă care o tachinează, o batjocoresc

Factori de protecție /puncte tari — o prietenă de încredere; convingeri religioase puternice împotriva suicidului; posibil să se califice pentru un ajutor pentru întoarcerea la muncă, cu specificația: dizabilitate psihiatrică.

Prezentare	izolare socială și simptome depresive crescute
Perpetuanți	menținere prin timiditate, traiul de una singură și izolare socială generalizată
Identitate culturală	persoană afro-americană, din clasa mijlocie, cu legături etnice limitate
Cultură: aculturație și stres de aculturație	puternic aculturată; fără stres de aculturație vizibil
Explicație culturală	tristețea rezultă în urma stresului de la locul de muncă și a dezechilibrului chimic la nivel cerebral
Cultură vs. personalitate	dinamicile personalității sunt semnificativ funcționale
Model de tratament	conectarea cu ceilalți, în timp ce se simte mai în siguranță
Obiectivele tratamentului	reducerea simptomelor depresive; creșterea relațiilor sociale; revenirea la locul de muncă
Focalizarea tratamentului	situații problematice declanșate sau exacerbate de vulnerabilități
Strategia de tratament	vizarea vulnerabilităților sociale și sprijinirea funcționării adaptative; medicație; sprijin; strategii de substituție; antrenamentul abilităților

Intervențiile de tratament	evaluarea/monitorizarea medicației; intervenții suportive și cognitiv-comportamentale; grup de psihoeducație; supravegherea muncii în colaborare
Obstacolele în calea tratamentului	„testarea” practicienilor; probabil rezistentă la terapia de grup; dependență excesivă de medici; dificultăți de încheiere a tratamentului
Tratament — cultural	genul poate fi o problemă, așa că luați în calcul numirea unor clinicieni suportivi, de gen feminin
Prognoza tratamentului	bun, dacă se înregistrează creșteri ale conexiunilor și abilităților sociale și dacă revine la locul de muncă

Conceptualizarea de caz completă

Izolarea socială crescândă și simptomele depresive (*tabloul clinic*) ale lui Geri par a fi reacția ei în fața veștii unui transfer iminent la locul de muncă și a promovării, dată fiind istoria ei de evitare a situațiilor în care ar fi putut fi criticată, respinsă și să se simtă în nesiguranță (*precipitant*). Pe parcursul vieții sale, Geri a considerat că e mai în siguranță dacă îi evită pe ceilalți, atunci când e posibil, și dacă interacționează cu ei condiționat, în alte momente; drept urmare, îi lipsesc abilități sociale cheie și are o rețea socială limitată (*tipar*). Acesta este un tipar mediu-moderat de internalizare indicat ca „disfuncție moderată” pe *Scala nivelului de funcționare a personalității* (LPFS). Reacția și tiparul lui Geri pot fi înțelese în lumina informațiilor despre părinții exigenți, critici și indisponibili din punct de vedere emoțional, a puternicelor injoncțiuni parentale împotriva dezvăluirilor personale și familiale în fața altora, a tachinărilor și criticilor din partea grupului de egali. Istoria familială de depresie o poate predispuce

biologic la tristețe și izolare socială, la fel cum a făcut dezvoltarea redusă a abilităților ei relaționale (*predispoziția*). Acest tipar este menținut de timiditatea ei, de faptul că trăiește singură, de abilitățile sociale limitate și de faptul că i se pare mai sigur să se izoleze social (*perpetuanții*).

Geri se identifică pe sine însăși ca fiind o persoană afro-americană aparținând clasei mijlocii, dar nu are niciun interes sau vreo implicare în comunitatea afro-americană (*identitate culturală*). Este puternic aculturată, la fel cum sunt și părinții ei, și nu există vreun factor de stres evident care să țină de aculturație (*cultură: aculturație*). Geri consideră că depresia ei este rezultatul stresului profesional și un „dezechilibru chimic” la nivelul creierului (*explicație culturală*). Nu există factori culturali evidenți care să intre în joc. În schimb, se pare că dinamica personalității lui Geri este foarte funcțională în tabloul clinic actual (*cultură vs. personalitate*).

Provocarea pentru Geri este să funcționeze mai eficient și să se simtă mai în siguranță în relaționarea cu ceilalți (*modelul de tratament*). Obiectivele tratamentului includ reducerea simptomelor depresive, creșterea abilităților interpersonale și de prietenie, reîntoarcerea la locul de muncă și extinderea rețelei sociale (*obiectivele tratamentului*). Tratamentul care este centrat pe relaționarea interpersonală va păstra obiectivele tratamentului în prim planul terapiei (*focalizarea tratamentului*). Strategia de bază pentru tratament este vizarea vulnerabilităților, precum și sprijinirea, în același timp, a unui tipar și a unei funcționări mai adaptative. Strategiile specifice de tratament includ medicația, suportul, strategiile de substituție și antrenamentul abilităților (*strategia de tratament*). Inițial, reducerea simptomelor depresive va fi abordată prin medicație, suport și activare

comportamentală, într-un efort de a activa suficient clienta, astfel încât să ducă la bun sfârșit rutina și responsabilitățile zilnice. Intervențiile de substituție cognitivă și comportamentală vor viza apoi sensibilitatea ei la respingere și izolarea de ceilalți. Pe urmă, antrenamentul abilităților sociale în contextul terapiei de grup va pune accentul pe comunicarea asertivă, pe încredere și pe abilitățile sociale. Este foarte probabil ca Geri să poată beneficia de asistență socială pentru întoarcerea la muncă. E posibil să poată reveni la siguranța fostului ei context profesional cu o promovare și/sau o mărire de salariu. De aceea, acest obiectiv de tratament poate fi facilitat de terapeut, care se poate consulta cu șeful lui Geri și cu directorul de resurse umane privind o astfel de asistență. Tratamentul va continua cu gestionarea medicației de către medicul ei (în colaborare cu psihiatrul clinicii), aceasta pe lângă intervențiile suportive și cognitiv-comportamentale, care vor începe imediat, într-un format de tratament individual, tratament ce o va pregăti pentru tranziția la modalitatea de tratament de grup (*intervenții de tratament*). Pot fi anticipate unele obstacole și provocări în cursul tratamentului. Dată fiind structura ei de personalitate evitantă, este foarte probabilă o rezistență ambivalentă. Putem anticipa că îi va fi dificil să discute aspecte personale cu practicienii și că îi va „testa” și provoca pe aceștia să o critice pentru modificarea sau anularea programărilor în ultimul moment și pentru întârzieri; de asemenea, că ar putea să amâne, să evite emoțiile și să „testeze” în orice alt fel cât de multă încredere poate avea în practician. Odată ce Geri a dobândit încrederea în practician, este probabil că se va agăța de acesta și de tratament, astfel putând fi dificilă încheierea tratamentului dacă sistemul de suport social din afara terapiei nu s-a extins. Mai mult, este posibil ca tiparul ei să

îngreuneze intrarea și rămânerea în terapia de grup și în grupurile de sprijin. Prin urmare, ședințele individuale pot funcționa ca o tranziție spre grup, inclusiv spre o anumită formă de contact cu terapeutul de grup, care, teoretic, va manifesta acceptare și va evita judecățile de valoare. Acest lucru ar trebui să sporească sentimentul de siguranță al lui Geri și să facă autodezvăluirea în contextul de grup mai puțin dificilă. Un alt aspect de care trebuie ținut cont este punerea în scenă a transferului. Dată fiind măsura în care Geri a fost criticată și tachinată de părinți și de co-vârșnici, putem anticipa că orice nerăbdare percepută și indicații verbale sau nonverbale de critică din partea practicianului vor activa acest transfer. În sfârșit, din cauza tendinței lui Geri de a se agăța de ceilalți în care are încredere, creșterea capacității ei de a se simți mai încrezătoare funcționând cu o mai mare independență și creșterea distanței dintre ultimele patru sau cinci ședințe pot reduce ambivalența privind încheierea terapiei (*obstacolele în tratament*).

Conceptualizare de caz concisă

Izolarea socială crescută și simptomele depresive ale lui Geri par a fi reacția ei în fața veștii unui transfer iminent de la locul de muncă și a promovării. De-a lungul vieții, lui Geri i s-a părut mai sigur să-i evite pe ceilalți atunci când era posibil și să interacționeze condiționat cu celelalte persoane în alte momente. Acesta este un tipar mediu-moderat de internalizare denumit „disfuncție moderată” pe *Scala nivelului de funcționare a personalității*. Tiparul ei poate fi înțeles în lumina informațiilor despre părinții exigenți, critici și indisponibili din punct de vedere emoțional, a puternicelor injoncțiuni parentale împotriva

realizării de dezvoltări personale și familiale în fața altora, a tachinărilor și criticilor din partea grupului de egali, precum și a schemelor de deficiență și izolare socială. Drept urmare, lui Geri îi lipsesc abilități sociale cheie și are o rețea socială limitată. Istoria familială de depresie o poate predispuce biologic la tristețe și izolare socială, la fel cum a făcut dezvoltarea redusă a abilităților relaționale. Acest tipar este menținut de timiditatea ei, de faptul că trăiește singură, de abilitățile sociale limitate și de faptul că i se pare mai sigur să se izoleze social. Un tipar mai adaptativ este ca ea să se simtă în siguranță și să intre în relație cu alte persoane, care sunt demne de încredere. Obiectivele inițiale de tratament au fost reducerea simptomelor depresive și revenirea la serviciu. Un obiectiv pe termen lung este creșterea legăturilor sociale, ceea ce ar reflecta un tipar mai adaptativ.

Ilustrări clinice — continuare

Cazul Kierei — continuare

Atunci când v-a fost prezentat inițial acest caz, vi s-au adresat câteva întrebări: De ce altceva ați avea nevoie pentru a vă finaliza evaluarea? Care este conceptualizarea de caz pe care o faceți, diagnoza și planul de intervenție? Iată modul în care am răspuns eu la aceste întrebări.

Informații suplimentare de evaluare. În ciuda anumitor factori de risc care păreau că-i alimentează starea de stres și comportamentul de automutilare, au existat și câțiva factori de protecție. Aceștia includ validarea și sprijinul financiar și emoțional din partea lui Raymond, fostul iubit al mamei ei, și un mediu de muncă constant și suportiv în timpul terapiei DBT,

ambii părând a fi factori semnificativi în recuperare. Descrierea realizată de Kiera privind tiparul ei relațional, ca ciclul de acuzații, certuri, plânsete și, din nou, acuzații a fost destul de util în încadrarea conceptualizării de caz.

Diagnoză. Diagnosticile ei conform DSM-5 erau de tulburare de personalitate borderline, tulburare depresivă altfel specificată și tulburări legate de consumul de substanțe, în remisie susținută. Pe *Scala nivelului de funcționare a personalității* (American Psychiatric Association, 2016), afectarea a fost evaluată ca fiind 3 = disfuncție severă — care ar fi echivalentul scorului 43 pe scala de Evaluare globală a funcționării (GAF).

Conceptualizare de caz. Este oferită următoarea conceptualizare de caz. Kiera s-a prezentat cu instabilitate dispozițională, relații instabile și comportamente care-i puneau viața în pericol, care reprezentau reacția ei când se simțea persecutată sau geloasă, în anticiparea abandonului. Dificultățile ei relaționale presupun ciclul de acuzații, certuri, plânsete și apoi mai multe acuzații. Acest lucru reflectă un tipar dezadaptativ de îndepărtare a celorlalți prin cerințe nerealiste de apropiere. Este un tipar puternic de externalizare, catalogat ca fiind „disfuncție severă” pe *Scala nivelului de funcționare a personalității*. Originile acestui tipar includ hipersensibilitatea ei față de stres și dificultățile de reglare emoțională, părinții exigenți, critici și distanți din punct de vedere emoțional și, în special, răspunsurile „invalidante” ale mamei față de ea. Kiera se percepe pe sine ca fiind neajutorată și vulnerabilă și îi percepe pe ceilalți ca fiind periculoși și nepăsători. Atunci când se află sub un nivel înalt de stres, există probabilitatea să trăiască sentimente de abandon. Este deosebit de sensibilă și îi este foarte dificil să tolereze astfel de stări emoționale negative. De asemenea, este vulnerabilă din punct

106 de vedere biologic față de abuzul de substanțe, intoleranța la distres și impulsivitate. Terapia comportamentală dialectică, grupul de antrenament al abilităților în mindfulness, reglarea emoțională, toleranța stărilor de distres și eficiența interpersonală reprezintă intervenții care, împreună cu terapia comportamentală dialectică și consultațiile telefonice sunt țintite să-i scadă intoleranța în fața stărilor de distres și să-i crească sentimentul de autocontrol, echilibrul emoțional și reziliența.

Plan de intervenție. Dinamica acestui caz sugerează cu putere că tratamentul DBT complet este tratamentul de elecție. Acest lucru ar presupune terapie individuală de două ori pe săptămână, consultații telefonice și psihoeducație de grup. Au fost stabilite patru obiective specifice pentru a concentra tratamentul. Acestea au fost: (1) scăderea comportamentelor suicidale și de autovătămare și dobândirea siguranței; (2) procesarea experiențelor emoționale și a celor traumatice și învățarea unor moduri de a le supraviețui; (3) procesarea problemelor cotidiene și păstrarea unui loc de muncă care să-i aducă câștiguri; și (4) creșterea capacității ei de a trăi o viață împlinită și de a-și păstra relațiile. Aceste obiective de tratament reflectă direct un tipar mai adaptativ de relaționare cu ceilalți, fără autovătămare.

Rezultatul clinic. În ciuda puținelor câștiguri, dacă au existat și acestea în cei 20 de ani anteriori de terapie, Kiera a răspuns pozitiv unui program complet de DBT și îngrijirii continue. Un program intensiv de ședințe DBT individuale și de grup, de două ori pe săptămână, a fost eficient în a pune punct stării ei de distres, instabilității dispoziționale, relațiilor instabile și comportamentelor prin care își punea viața în pericol. După un an, Kiera era în etapa de remisie, în urma tulburării de

personalitate, iar de-a lungul următorilor doi ani a început tot mai mult să trăiască o viață împlinită.

Povestea Kierei este un caz real, relatat în autobiografia Kierei Van Gelder, *The Buddha and the Borderline: A Memoir* (Van Gelder, 2010). Această carte captivantă le oferă cititorilor o relatare din sursă directă a modului în care se dezvoltă tulburarea de personalitate borderline și cum răspunde la un program complet DBT.

Cazul lui Aimee — continuare

Atunci când v-a fost prezentat inițial acest caz, vi s-au adresat câteva întrebări: De ce altceva ați avea nevoie pentru a vă finaliza evaluarea? Care este conceptualizarea de caz pe care o faceți, diagnoza și planul de intervenție? Iată modul în care am răspuns eu la aceste întrebări.

Informații suplimentare de evaluare. Au existat anumite puncte forte și factori de protecție. Printre aceștia era faptul că Aimee era legată emoțional de o bunică maternă plină de grijă, care a crescut-o eficient, atunci când mama abuzivă a fost absentă pentru perioade îndelungate de timp. Deși a fost destul de dificil, Aimee a reușit să-și părăsească soțul abuziv, știind că tatăl ei o va proteja de acesta. În plus, ea este coerentă, conștiincioasă și perfecționistă. Aimee are și deficite semnificative în ceea ce privește asertivitatea și autonomia.

Diagnostic. Diagnosticile din DSM-5 au fost de tulburare de personalitate dependentă, trăsături de personalitate obsesiv-compulsivă și altă tulburare depresivă specificată. Pe *Scala nivelului de funcționare a personalității* (American Psychiatric Association, 2016), afectarea a fost evaluată ca fiind

2 = disfuncție moderată — care ar fi echivalentul scorului 59 pe scala de *Evaluare globală a funcționării* (GAF).

Conceptualizare de caz. Este oferită următoarea conceptualizare de caz. Aimee prezintă depresie, oboseală, insomnie, furie față de mama ei și îngrijorări privind copiii și fostul soț, toate reacții față de cerințele crescânde de a avea grijă de ceilalți și de anticiparea eliberării din închisoare a fostului soț. Tiparul ei dezadaptativ presupune concentrarea pe satisfacerea nevoilor celorlalți, într-o manieră perfecționistă și extrem de conștiincioasă, ignorându-și totodată propriile nevoi. Acest mod de a proceda îi permitea să se simtă necesară și valoroasă. Acesta este un tipar de internalizare mediu spre moderat, catalogat ca „disfuncție moderată” pe *Scala nivelului de funcționare a personalității*. Originile acestui tipar includ o educație în care părinții ei au fost egoiști, foarte critici și extrem de exigenți, fiind în același timp absenți din punct de vedere emoțional, precum și deficite ale abilităților de comunicare asertivă și grijă de sine. De asemenea, sunt incluse credințele dezadaptative despre propria persoană ca fiind drăguță, dar defectă, și o perspectivă asupra lumii ca fiind exigentă, critică și plină de condiții. Inițial, tratamentul s-a concentrat asupra diminuării simptomelor de depresie, oboseală și insomnie. Obiectivul pe termen mai lung a fost de a echilibra satisfacerea nevoilor altora cu propriile nevoi, într-o manieră suficient de conștiincioasă, ceea ce însemna un tipar mai adaptativ și dătător de viață.

Planul de intervenție. Au fost specificate trei obiective ca fiind punctul central al celor șase ședințe de tratament planificate. Acestea au fost: (1) diminuarea simptomelor actuale; (2) amplificarea sentimentului de putere personală; (3) să aibă mai bine grijă de ea însăși. Aceste obiective de tratament reflectă în mod direct

un tipar mai adaptativ de a avea grijă de ceilalți și de a avea grijă și de ea însăși. În procesul atingerii acestor obiective, Aimee a demontat eficient comportamentul dezadaptativ. Mai multe strategii de intervenție au fost îmbinate unitar pentru a dobândi acest nou tipar și a îndeplini cele patru obiective de tratament.

Rezultatul clinic. Acest tratament planificat în șase ședințe a fost oferit de dr. Jon Carlson și este disponibil ca DVD, în seria „Psychotherapy Over Time” (Carlson, 2006) publicată de American Psychological Association. În ultima ședință au fost discutate câștigurile dobândite în urma tratamentului, iar Aimee arată că și-a atins toate obiectivele de tratament enunțate. La șapte ani de la încheierea terapiei, într-un interviu ulterior, Aimee reflectă asupra impactului acestei terapii limitate în timp. Ea arată nu numai că a păstrat câștigurile tratamentului, dar și că a extins aceste câștiguri în alte domenii ale vieții ei (Sperry și Carlson, 2014).

Asemenea cazului Kierei, și cazul lui Aimee este unul real, relatat în detaliu în *How Master Therapists Work: Effecting Change from the First to the Last Session and Beyond* (Sperry și Carlson, 2014). Pe lângă date suplimentare ale studiului de caz, cartea conține transcrieri ale ședințelor și comentarii privind fiecare ședință de terapie.

Comentarii asupra cazurilor

Ar putea fi util să facem un pas în urmă și să reflectăm asupra rezultatelor pline de succes ale acestor două cazuri.

Asemenea multor persoane cu diagnostic de tulburare de personalitate care se prezintă pentru tratament psihologic, atât Kiera, cât și Aimee au trecut prin semnificative abuzuri și neglijare în copilărie.

Ambele au avut, de asemenea, simptome perturbatoare și deficite în zona abilităților. Totuși, amândouă au avut parte de factori de protecție semnificativi și puncte tari, care nu numai că au fost recunoscute, ci și „integrate” ca adjuvanți terapeutici în procesul de tratament de către acei terapeuți care au fost cei mai eficienți. Pentru Kiera, sprijinul și validarea din partea lui Raymond, precum și colegii de serviciu care au susținut-o par să fi fost factori importanți și, după câte am putea presupune, necesari în recuperarea ei. Similar, având experiența de a fi fost crescută de o bunică plină de grijă, iar apoi părăsirea unui mariaj abuziv au reprezentat puncte tari evidente și factori de protecție pentru Aimee.

Caracterul focalizat al intervențiilor terapeutice a fost evident în ambele situații. Aceste intervenții bazate pe conceptualizarea de caz au fost eficiente, în timp ce eforturile terapeutice anterioare, în ambele cazuri, în cel al Kierei și cel al lui Aimee, nu au avut succes. În cazul lui Aimee, o formă focalizată de terapie prin discuții, alături de un oarecare antrenament al abilităților (comunicare asertivă) au fost o bună „potrivire” pentru ea, în mare parte, deoarece stilurile ei cognitiv, emoțional și comportamental erau destul de bine reglate. Totuși, în cazul Kierei, stilurile cognitiv, emoțional și comportamental au fost atât de rigide, încât 20 de ani de psihoterapie au avut prea puțin efect. Abia atunci când a dobândit o suficientă stăpânire a abilităților DBT de reglare emoțională, toleranță în fața stării de stres, mindfulness și eficiență interpersonală, Kiera a reușit să profite de pe urma psihoterapiei focalizate.

Atunci când clinicienii își documentează terapia cu conceptualizări de caz care au niveluri înalte de putere explicativă și putere predictivă, și recunosc și „integrează” punctele tari și

factorii de protecție, rezultatele terapeutice pozitive devin probabile. Desigur, și competența clinicienilor este un factor. Deși nu fiecare clinician ar trebui să fie capabil să finalizeze terapia cu Aimee în doar șase ședințe, nu ar fi nerezonabil pentru cei mai mulți terapeuți — inclusiv pentru stagiari — să aibă rezultate similare în 20 de ședințe. Acest lucru presupune că au respectat focalizarea conceptualizării de caz în ceea ce privea înlocuirea tiparului dezadaptativ al lui Aimee cu un tipar mai adaptativ, așa cum a procedat dr. Carlson cu Aimee.

Notă concluzivă

De la psihoterapeuții prezentului se așteaptă tot mai mult să fie competenți în a lucra eficient cu indivizii diagnosticați cu tulburări de personalitate, iar competența în conceptualizarea de caz este probabil cea mai importantă pentru rezultate clinice eficiente. Acest capitol a subliniat valoarea unei conceptualizări de caz integrative, care pune în legătură, în mod eficient, evaluarea cu tratamentul și influențează obiectivele de tratament și intervențiile. Conceptualizările de caz cu niveluri înalte de putere explicativă, putere de ajustare și putere predictivă sunt cele care se axează pe înlocuirea tiparelor dezadaptative cu unele mai adaptative. Au fost prezentate conceptualizări de caz pentru trei dintre cele mai frecvente tulburări de personalitate din practica clinică din prezent — tulburarea de personalitate evitantă, borderline și dependentă. Studii de caz bazate pe două cazuri reale au ilustrat punctele cheie.

Tulburarea de personalitate antisocială

Indivizii cu personalitate antisocială manifestă frecvent agresivitate, impulsivitate, hedonism, promiscuitate, inconstanță și abuz de droguri și alcool. Comportamentul infracțional poate fi inclus. Acești indivizi eșuează profesional, își schimbă locul de muncă în mod frecvent, tind să fie excluși din armată în mod dezonorant, sunt părinți abuzivi și parteneri neglijenți, au dificultăți în menținerea relațiilor intime, pot fi condamnați și fac ani de închisoare. Tulburarea este similară, însă diferită de tulburarea de personalitate psihopată, cunoscută și sub numele de psihopatie și sociopatie (Hare, Neumann și Widiger, 2012).

Capitolul de față descrie un cadru pentru evaluarea și tratamentul eficient al acestei tulburări. Sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz și intervențiile de tratament. Se începe cu informații de fond despre tulburare, precum și cu o descriere DSM-5 și o descriere prototip a tulburării. Secțiunea privind conceptualizarea de caz oferă cinci formulări clinice generale ale acestei tulburări: psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală, interpersonală și o conceptualizare integrativă a tulburării. De asemenea, sunt

descrie mai multe metode de tratament, modalități și strategii de intervenție. Printre acestea se numără psihoterapia individuală, terapia de grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat.

Descrierea tulburării de personalitate antisocială

Tulburarea de personalitate antisocială poate fi recunoscută, ținând cont de următorii factori descriptivi și caracteristici: stiluri vs. tulburări de personalitate, eveniment declanșator, stiluri comportamentale, stiluri interpersonale, stiluri cognitive, stiluri afective, stil de atașament și criteriul optim.

Stil vs. tulburare. Personalitățile antisociale pot fi concepute ca acoperind un continuum de la sănătate la patologie, în care stilul de personalitate antisocială se află la extrema sănătății, iar tulburarea de personalitate antisocială se află la extrema patologiei. Tabelul 3.1 compară și diferențiază stilul și tulburarea de personalitate antisocială.

TABELUL 3.1 Comparatie între stilul antisocial și tulburarea de personalitate antisocială

Stilul de personalitate	Tulburarea de personalitate
Preferă viața de liber-profesioniști și se descurcă bine grație talentului, spiritului inventiv și istețimii lor.	Incapabili să mențină un comportament constant în ceea ce privește munca.
Tind să trăiască conform propriului cod interior de valori și nu sunt foarte influențați de norme sociale, trăind totuși în limitele legii.	Nu reușesc să respecte normele sociale privind comportamentul legitim, făcând gesturi care constituie motiv de arestare.

În adolescență, erau, de obicei, scandalagii, îndrăzneți și provocatori.	Iritabili și agresivi, după cum o dovedesc conflictele sau atacurile fizice.
Pot fi responsabili și își respectă obligațiile financiare.	Iresponsabili și nu reușesc să-și onoreze obligațiile financiare.
Tind să aibă dor de ducă, dar sunt capabili să-și facă planuri și să-și ia angajamente.	Nu reușesc să planifice din timp sau acționează impulsiv.
Destul de sinceri, deși au darul cuvintelor și pe acela de a-și face prieteni.	Nu prețuiesc adevărul și mint, folosesc nume false sau îi escrochează pe ceilalți pentru câștiguri personale.
Tind să fie curajoși, să dea dovadă de îndrăzneală fizică și rezistență; se vor împotrivi celor care vor să profite de pe urma lor.	Nesăbuiți privind propria siguranță sau a celorlalți, după cum o dovedesc condusul sub influența alcoolului sau abaterile de viteză repetate.
Tind să nu se preocupe prea mult în privința celorlalți, așteptându-se ca ceilalți să fie responsabili pentru ei înșiși.	Dacă sunt părinți sau tutori, le lipsește capacitatea de a funcționa ca părinți responsabili.
Au un libido puternic și, deși își pot dori diverși parteneri, pot fi monogami.	Nu au avut niciodată o relație monogamă pentru o perioadă îndelungată de timp.
Tind să trăiască în prezent și arareori trăiesc prea multă vinovăție.	Le lipsesc remușcărilor și se simt îndreptățiți în acțiunile lor prin care i-au rănit, tratat nedrept pe ceilalți sau au furat de la ei.

Următoarele două cazuri ilustrează diferențele dintre tulburarea de personalitate antisocială (Juan G.) și stilul de personalitate antisocială (Gordon J.)

Întrucât persoanele cu tulburare de personalitate antisocială, tulburare de personalitate psihopată și tulburare de personalitate sociopată se pot implica în comportamente infracționale, unii clinicieni folosesc cei trei termeni intersanjabil. Deoarece cercetările indică unele diferențe notabile în comportament și etiologie, alții preferă diferențierea psihopatiei și a sociopatiei (Hare et al., 2012; Walsh și Wu, 2008).

STUDIU DE CAZ: TULBURAREA DE PERSONALITATE ANTISOCIALĂ

Juan G. este un bărbat cubanez, în vârstă de 28 de ani, care s-a prezentat, seara târziu, la camera de urgență dintr-un spital comunitar, plângându-se de o durere de cap. Descrierea durerii a fost vagă și contradictorie. La un moment dat a spus că durerea era prezentă de trei zile, în timp ce în alt moment era vorba de „mulți ani”. El a povestit că durerea îl făcea să aibă un comportament violent și a descris cum, pe vremea în care lucra în Forțele Aeriene, în timpul unui episod de durere de cap, a atacat brutal un medic. Juan a relatat un istoric îndelungat de arestări pentru asalt, spargerii și trafic de droguri. Examinările neurologice și ale stării mentale au fost în limite normale, cu excepția unei ușoare agitații. El a insistat că numai Darvon — un narcotic — îi va ameliora durerea de cap. Pacientul s-a opus unui plan de teste diagnostice ulterioare sau unei programări de tip monitorizare clinică, spunând că, dacă nu va fi tratat imediat, „s-ar putea întâmpla ceva tare rău”.

STUDIU DE CAZ: STILUL DE PERSONALITATE ANTISOCIALĂ

Gordon J., 38 de ani, este președintele unei companii de producție în extindere rapidă. Gordon a preluat mica afacere pe care unchiul său o înființase după cel de-Al Doilea Război Mondial și a mărit considerabil producția, a adăugat noi linii de produse și a pus bazele unei divizii de marketing și vânzări, pe care o supervizase personal în cei nouă ani de când conducea compania. Înainte de preluarea companiei, Gordon fusese cel mai tânăr membru al clubului de milioane de dolari pentru vânzarea de bunuri imobiliare pentru o companie la care lucrase timp de doar trei ani. Tatăl său murise într-un straniu accident la schi pe vremea când Gordon avea 11 ani, dar asta nu păruse a-l împiedica să-și urmărească fascinația pentru scufundări și zborul cu planorul. Imediat după ce transformase corporația unchiului său într-o întreprindere extrem de profitabilă, Gordon a fost invitat să se alăture organizației Young President's Organization (YPO) din regiunea sa. Era destul de popular în grup, dată fiind personalitatea sa magnetică, perspectiva vizionară și poveștile captivante ale diverselor sale aventuri. Fusese căsătorit timp de aproape cinci ani, apoi divorțase. De atunci, nu s-a recăsătorit, dar a menținut relații continue cu două femei.

Tulburarea de personalitate psihopată

Tulburarea de personalitate psihopată — denumită și psihopatie — este o tulburare mentală caracterizată prin comportament amoral, egoism extrem și deficite interpersonale, cum ar fi grandoarea, aroganța, falsitatea și lipsa generală a empatiei. Sunt, de asemenea, observate deficite de ordin afectiv, cum

ar fi lipsa vinovăției și a remușcării. Conform *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) (PDM Task Force, 2006), această tulburare poate fi diagnosticată după următoarele criterii: indivizii prezintă un prag înalt pentru stimularea emoțională și agresivitate; sunt preocupați de manipularea celorlalți; emoțiile lor de bază tind să fie furia și invidia; părerea lor despre ei înșiși este că sunt omnipotenți, în sensul că ei cred că pot face să se întâmple orice și pot controla totul; părerea lor despre ceilalți este că toți ceilalți sunt egoiști, manipulatori sau necinstiți.

În plus, modalitatea lor fundamentală de a se apăra este prin încercarea de a controla totul în jurul lor. Psihopații pot fi întâlniți adesea în cadrul corporațiilor și pot să se implice în activități ilicite, evitând urmărirea penală prin exploatarea inteligentă a lacunelor în reglementări (Babiak și Hare, 2007).

Diagnosticul tulburării de personalitate psihopată nu a mai apărut în DSM de la prima ediție; totuși, reapare ca un specificator: „cu trăsături psihopate” pentru tulburarea de personalitate antisocială în „Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate” (American Psychiatric Association, 2016).

Tulburarea de personalitate sociopată

Personalitatea sociopată — cunoscută și sub numele de sociopatie — este o tulburare mentală caracterizată prin comportament amoral și infracțional și printr-un sentiment redus de responsabilitate morală. Indivizii cu această tulburare tind să acționeze în mod spontan, în moduri nepotrivite, fără a se gândi la consecințe. Pot fi nervoși, ușor iritabili și rapizi în manifestarea furiei. Ei vor minți, îi vor manipula și îi vor răni pe ceilalți, dar, adesea, vor evita să facă acest lucru câtorva persoane alese

118 de ei de care le pasă. Cel mai adesea sunt capabili să formeze atașamente și să fie loiali față de alții. Acest lucru înseamnă că au posibilitatea de a trăi vinovăție și remușcări atunci când ar ajunge să rănească pe cineva de care le pasă. Deși sunt capabili să comită crime atroce, e puțin probabil să comită aceste infracțiuni împotriva familiei sau a prietenilor. Spre deosebire de personalitatea psihopată, despre care cercetările sugerează că are o încărcătură genetică mai mare, personalitatea sociopată pare a fi mai mult influențată de factori de mediu, cum ar fi sărăcia, expunerea la violență și părinții prea permisivi sau neglijenți (Stout, 2005). Tulburarea de personalitate sociopată a apărut doar în DSM-II.

Eveniment declanșator. Situația tipică, circumstanța sau evenimentul care, cel mai probabil, declanșează sau activează răspunsul caracteristic dezadaptativ al tulburării de personalitate antisocială (Othmer și Othmer, 2002), după cum se observă în stilurile comportamental, interpersonal, cognitiv și afectiv ține de „standardele și regulile sociale”.

Stil comportamental. Stilul comportamental al personalităților antisociale se caracterizează prin impulsivitate, iritabilitate și agresivitate. Este posibil să fie iresponsabili în respectarea angajamentelor profesionale și a obligațiilor financiare. Încălcarea regulilor este tipică. Indivizii cu personalitate antisocială sunt, de asemenea, cunoscuți pentru furia impulsivă, falsitate și viclenie. Tind să fie indivizi puternici, care se implică, în mod regulat, în comportamente de căutare de risc și de emoții tari.

Stil interpersonal. Stilul lor interpersonal se caracterizează prin conflictualitate și desconsiderare nesăbuită a nevoilor și siguranței celorlalți. Tind să fie extrem de competitivi, să nu aibă încredere în ceilalți și, adesea, nu știu să piardă. Relațiile lor

119 pot părea uneori „alunecoase”, dar și calculate. Aceste comportamente pot caracteriza oameni de afaceri de succes, politicieni, avocați, medici specialiști, precum și infractori. Persoanele cu tulburare antisocială tind să dezvolte relații superficiale, care presupun puține legături emoționale sau angajamente de lungă durată, dacă acestea există. În plus, tind să fie insensibili față de durerea și suferința celorlalți.

Stil cognitiv. Stilul cognitiv al personalității antisociale este descris ca fiind impulsiv și inflexibil din punct de vedere cognitiv, precum și orientat spre exterior. Ei tind să fie foarte conștienți de indiciile sociale și pot fi destul de pricepuți la „citirea” oamenilor și a situațiilor. Deoarece disprețuiesc autoritatea, regulile și normele sociale, ei își raționalizează cu ușurință propriul comportament. Impulsivitatea, iritabilitatea și agresivitatea îi predispun la certuri și chiar la acțiuni agresive. Cercetările recente indică faptul că pare a exista o afectare neuropsihologică semnificativă la persoanele diagnosticate cu această tulburare. În cazuri speciale, este probabil să existe o disfuncție la nivelul sarcinilor funcțiilor executive de planificare și modificare a setului (Dolan și Park, 2002).

Stil afectiv. Stilul lor emoțional sau afectiv este caracterizat ca fiind neimplicat și superficial. Evită emoțiile „mai moi”, cum ar fi căldura și intimitatea, deoarece le consideră semne de slăbiciune. Vinovăția este arareori, dacă vreodată, trăită. Nu sunt în stare să tolereze plictiseala, depresia sau frustrarea și, prin urmare, sunt căutători de senzații tari. În sfârșit, nu prea manifestă vinovăție, rușine sau remușcări în ceea ce privește propriile lor acțiuni deviante.

Stil de atașament. Persoane cu o opinie negativă despre ceilalți și o percepție de sine ce oscilează între pozitiv și

120 negativ, prezintă un stil de atașament compozit temător-de desconsiderare. Ei tind să se considere ca fiind speciali și îndreptățiți, dar sunt, de asemenea, conștienți de nevoia lor de ceilalți, care au potențialul de a-i răni. În consecință, îi folosesc pe ceilalți pentru a-și satisface nevoile, fiind totodată precauți și tratându-i cu desconsiderare. Stilul de atașament temător-de desconsiderare este asociat cu tulburarea de personalitate antisocială.

Criteriul optim de diagnostic. Dintre toate criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate antisocială, unul a fost identificat ca fiind cel mai util în diagnosticarea acestei tulburări. Convingerea este că, începând cu acest criteriu, clinicianul poate testa prezența sau absența acestuia și poate diagnostica mai repede tulburarea de personalitate (Allnutt și Links, 1996). Criteriul optim pentru această tulburare este comportamentul infracțional, agresiv, impulsiv și iresponsabil.

Descrierea din DSM-5

Indivizii cu această tulburare de personalitate sunt caracterizați printr-un tipar pervaziv de desconsiderare și încălcare a drepturilor altora. Ei nu respectă și ignoră legile și normele sociale și se implică, în mod regulat, în acte care constituie motive pentru arestare. Acești indivizi mint, sunt necinstiți și vor profita de ceilalți de plăcere sau pentru profitul personal. Sunt impulsivi și nu reușesc să planifice din timp. Sunt, de asemenea, iritabili și agresivi, ceea ce duce la conflicte sau atacuri fizice. Nu este surprinzător faptul că acești indivizi ignoră siguranța celorlalți și a lor înșile. Iresponsabilitatea lor este demonstrată prin faptul că nu reușesc să se implice într-un

comportament stabil privind munca și prin eșecul de a-și îndeplini obligațiile financiare. În plus, lipsa lor de remușcare este demonstrată de indiferența lor față de faptul de a fi agresat, maltratată sau escrocat alte persoane (American Psychiatric Association, 2016).

„Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate” oferă o altă descriere a acestei tulburări (American Psychiatric Association, 2016). Tulburarea este descrisă ca incapacitatea de a avea un comportament etic și în limitele legii, alături de ipocrizie, atitudine manipulativă și comportament riscant. Se observă dificultăți caracteristice în ceea ce privește identitatea, autocontrolul, empatia și intimitatea, precum și impulsivitatea și iresponsabilitatea.

Prezentare prototip

Un prototip este o scurtă descriere care surprinde esența modului în care o anumită tulburare se prezintă în mod obișnuit. Descrierile prototip sunt utile și convenabile, iar clinicienii se bazează în mod obișnuit pe ele, mai degrabă decât pe liste de criterii comportamentale sau convingeri fundamentale (Westen, 2012). Iată o descriere prototip obișnuită a tulburării de personalitate antisocială: Acești indivizi au prezentat simptome de tulburare de conduită încă din copilăria mică, s-au implicat în comportamente delincvente ca adolescenți și au devenit adulți egoiști, manipulativi și nemiloși. Interesul lor primar față de ceilalți constă în ceea ce pot obține de la aceștia. Ei manipulează, mint, înșală și fură și nu au nicio remușcare sau empatie pentru răul pe care îl pricinuiesc altora. Sunt imprudenți, impulsivi și se angrenează în comportamente infracționale. Tulburarea

122 este frecventă în rândul infractorilor și este un predictor pentru violență. Din fericire, de la vârsta mijlocie, acești indivizi pot depăși acest tipar.

Prevalența

Prevalența acestei tulburări a fost estimată între 0,2 și 3,3% în populația generală. Cu toate acestea, este mai mare de 70% la populația masculină cu tulburări legate de consumul de alcool și de substanțe din clinici, penitenciare și alte contexte medico-legale (American Psychiatric Association, 2016).

Conceptualizări ale tulburării de personalitate antisocială

Conceptualizări de caz psihodinamice

Autorii psihanaliză descriu personalitatea antisocială ca fiind similară cu cea narcisică. Deși ambele formează un sine grandios patologic, sinele individului antisocial se bazează pe un introiect agresiv, numit „obiect al sinelui străin” (Meloy, 1988). Acest obiect al sinelui reflectă trăirea părintelui ca pe un străin în care nu se poate avea încredere și care nutrește rele intenții față de copil. Nu este surprinzător că acest obiect internalizat amenințător provine din experiențele de neglijare sau cruzime parentală. La absența unui obiect matern iubitor se adaugă lipsa încrederii fundamentale și o fixație în procesul de separare-individuare, astfel încât nu apare constanța obiectului. Din moment ce mama este trăită ca un străin sau un prădător, atașamentul emoțional al copilului față de ea este blocat, ducând la o detașare față de toate relațiile și experiențele afective, precum și

la încercări sadice de a se atașa de ceilalți, prin comportamente distructive și de control.

Drept urmare, indivizii antisociali nu-i percep pe ceilalți ca fiind indivizi separați. În consecință, ei nu pot dezvolta capacitatea de vinovăție și anxietățile depresive determinate de modul în care acțiunile lor îi rănesc pe ceilalți. Corolarul este că sunt incapabili de o adevărată depresie. Kernberg (2014) remarcă faptul că acești indivizi antisociali sunt în mod asemănător blocați în dezvoltarea Supraeului, cu excepția precursorilor sadici ai Supraeului, manifestați prin comportamente crude și sadice. Persoanele antisociale înalt funcționale se remarcă prin faptul că au o anumită dezvoltare a conștiinței, cu zone circumscrise — numite lacune ale Supraeului — unde Supraeul lor nu pare să funcționeze. În plus, indivizii antisociali nu sunt prea interesați de raționalizarea sau justificarea morală a comportamentului sau de aderarea la un sistem de valori diferit de exercitarea explozivă, agresivă a puterii (Kernberg, 2014, Meloy, 1988).

Conceptualizarea de caz biosocială

Există tot mai multe dovezi că factorii biologici influențează dezvoltarea personalității antisociale. În cazul indivizilor predispuși la comportament agresiv și impulsiv au fost observate niveluri reduse ale neurotransmițătorului serotonină. Meloy (1988) sugerează că persoanele antisociale au adesea un istoric de abuz sau neglijare în copilărie. Există probabilitatea ca ei să fi avut un temperament dificil ca sugari (Thomas și Chess, 1977), ceea ce înseamnă că au fost dificil de alinat și calmat, aspect care ar fi putut interfera cu procesul normal de

atașament, crescând astfel în continuare probabilitatea abuzului sau a neglijării în copilărie. Millon și Everly (1985) sugerează că este probabil să existe praguri scăzute de stimulare a sistemului limbic la persoanele antisociale. Meloy (1988) adaugă că indivizii antisociale s-au dovedit a fi hiperactivi din punctul de vedere al sistemului nervos autonom, posibil din cauza incapacității lor de a învăța din experiență, manifestând astfel mai puțină anxietate anticipativă care să-i descurajeze de la un comportament nerecomandat.

Factorii de mediu, cum ar fi ostilitatea parentală, modelarea defectuoasă a rolului parental și întărirea comportamentului răzbunător, par să interacționeze cu factorii biologici predispozanți. Ostilitatea parentală poate rezulta din comportamentul disruptiv al copilului față de părinți, din percepția că acești copii sunt irascibili sau din cauza faptului că acești copii sunt folosiți ca țap ispășitor pentru frustrarea părinților sau a familiei. De multe ori, ei au avut prea puțină sau nicio îndrumare părintească sau din casă a lipsit o figură de autoritate. Fără o astfel de figură de autoritate pe care să o ia ca model și simțindu-se abandonați sau respinși, acești copii devin adesea descurcăreți și nepăsători față de lumea din jurul lor. Din aceste experiențe, ei învață că „scopul scuză mijloacele”, că „este o lume în care omul pentru om e lup” și că „trebuie să fii puternic și viclan ca să supraviețuiești”. Nu e de mirare că acest comportament sfidător este întâmpinat cu dezaprobară socială, ceea ce le întărește și mai mult atitudinea independentă și nepăsătoare. În consecință, ei învață să nu aibă încredere în ceilalți și, anticipând că ceilalți intenționează să-i exploateze sau să-i umilească, se năpustesc asupra lor cu comportamente răzbunătoare.

Acest tipar de personalitate se autoperpetuează prin distorsiuni perceptuale constante, o atitudine de denigrare față de afecțiune și cooperare, și prin comportament conflictual și răzbunător, care, la rândul său, atrage conflictualitatea. În continuare, tiparul este perpetuat din teama de a fi folosit și forțat să adopte o poziție inferioară, dominată (Millon și Everly, 1985).

Conceptualizări de caz cognitiv-comportamentale

Conform lui Beck (2015), comportamentul indivizilor cu această tulburare este constant iresponsabil. Ei au diverse convingeri fundamentale, condiționale și instrumentale. *Credințele lor fundamentale* sunt că trebuie să aibă grijă de ei înșiși și să fie agresivi, pentru a nu fi victime ale celorlalți. De asemenea, cred că au dreptul să încalce regulile. Ei consideră că gândurile și sentimentele lor sunt întotdeauna corecte, iar alegerile lor sunt întotdeauna corecte și bune. În plus, cred că sentimentele sunt cele care creează realitatea, ceea ce înseamnă că au dreptate, pentru că se simt îndreptățiți în acțiunile lor. *Credința lor condițională* este că, dacă nu manipulează, nu exploatează sau nu îi atacă pe ceilalți, nu vor obține niciodată ceea ce merită. *Credința lor instrumentală* este că trebuie să le-o iei înainte celorlalți ca să nu te depășească ei, precum și că trebuie să iei ceea ce ai nevoie, deoarece meriți. La baza acestor diferite convingeri se află convingerile lor despre sine și despre lume (Mitchell, Tafrate și Freeman, 2015).

Acești indivizi tind să se privească pe ei înșiși ca fiind puternici, inteligenți, independenți și invulnerabili. Ei tind să-i vadă pe ceilalți ca fiind fie slabi și vulnerabili, fie proști și buni de exploatat. În consecință, au două strategii: îi vor ataca,

defăima și agresa pe ceilalți în mod deschis; sau îi vor „trage pe sfoară”, înșela și manipula (Beck, 2015). Mai mult, este posibil să respingă sfaturile nesolicitate din partea celorlalți, ca fiind irelevante pentru scopurile lor. În sfârșit, tind să fie orientați spre prezent, fără absolut nicio preocupare pentru consecințele viitoare.

Dintr-o perspectivă mai comportamentalistă, Turkat (1990) descrie trei subtipuri ale acestei tulburări: sociopatul clar — ceea ce înseamnă că persoana îndeplinește clar și evident criteriile DSM-5; sociopatul inteligent — în care acest individ simulează simptome psihologice, de obicei pentru a evita responsabilitatea legală pentru acțiunile sale; și sociopatul care suferă — care îndeplinește criteriile DSM, dar care este în mod sincer și cu adevărat în suferință. Pentru toate cele trei tipuri, deficitul fundamental comportamental constau în gestionarea impulsurilor și a furiei. Dintre cei trei, numai sociopatul care suferă este considerat a fi influențabil de către terapia comportamentală.

Conceptualizări de caz din perspectivă interpersonală

Pentru Benjamin (2003a), persoanele cu tulburare de personalitate antisocială au, de obicei, un istoric de dezvoltare în care se regăsește un stil de parentaj dur și caracterizat prin neglijare. Consecința la maturitate a acestui fapt este că individul antisocial îi neglijează sau îi exploatează pe ceilalți și este insensibil față de nevoile lor. Acest tipar imprevizibil de parentaj tinde să determine un control parental inadecvat și învinovățire. Rezultatul este că, ajuns la vârsta adultă, individul antisocial își protejează cu ferocitate autonomia. Mai mult, acest model de îngrijire parentală nepotrivită poate fi internalizat de către

individul antisocial sub forma abuzului de substanțe, comportamentului infracțional sau abandonării îndatoririlor părintești. Există probabilitatea ca viitorul individ antisocial să „preia” responsabilitățile parentale, deoarece nimeni altcineva nu a făcut asta. Drept urmare a acestei asumări inadecvate a rolului parental, individul antisocial va continua să îi controleze pe ceilalți ca scop în sine, fără a se lega emoțional de cei pe care îi controlează. Pe scurt, este evident un tipar susținut de dorință inadecvată și nemodulată de control asupra altora. Există, de asemenea, o nevoie puternică de independență și de rezistență față de controlul altora, care de obicei sunt disprețuiți. Agresivitatea nestăpânită este folosită frecvent pentru a susține controlul și independența. În sfârșit, persoanele cu tulburare antisocială pot părea prietenoase și sociabile, deși puțin cam detașate, din moment ce nu îi prețuiesc deloc pe ceilalți.

Conceptualizare de caz integrativă

Următoarea formulare integrativă oferă o explicație biopsihosocială pentru modul în care este probabil să se fi dezvoltat și menținut acest tip de personalitate. Din punct de vedere biologic, personalitățile antisociale au dat dovadă de temperamente de tipul „copil dificil” (Thomas și Chess, 1977). Drept urmare, tiparele lor erau impredictibile, iar ei tindeau să se retragă din situații, manifestau intensitate înaltă și aveau o dispoziție destul de proastă, de nemulțumire. Acest tipar infantil iritabil a fost descris de Millon (1981) ca rezultând parțial dintr-un prag redus al stimulării limbice și o diminuare a centrilor inhibitori ai sistemului nervos central. Tipologia lor fizică tinde să fie endomorfă (subțiri) sau mezomorfă (musculoși) (Millon, 1981).

Din punct de vedere psihic, acești indivizi au o viziune unică despre ei înșiși, despre ceilalți și despre lume. Ei tind să se vadă pe ei înșiși într-o variantă a temei „Sunt viclean și sunt îndreptățit să obțin orice îmi doresc.” Cu alte cuvinte, ei se percep pe ei înșiși ca fiind puternici, competitivi, energici și duri. Perspectiva lor asupra vieții și asupra lumii este o variațiune a temei „Viața este înșelătoare și ostilă, iar regulile mă împiedică să-mi îndeplinesc nevoile.” Nu e de mirare că scopul vieții lor este o variantă a temei: „Prin urmare, voi ocoli regulile sau le voi încălca, deoarece nevoile mele sunt cele mai importante, și mă voi apăra împotriva eforturilor de a fi controlat sau umilit de către ceilalți.” Comportamentul de punere în act și raționalizarea reprezintă mecanisme defensive obișnuite folosite de personalitatea antisocială.

Din punct de vedere social, putem menționa pentru această tulburare stiluri de parentaj și factori de mediu predictibili. În mod tipic, stilul de parentaj este caracterizat prin ostilitate și un model parental defectuos. Sau, e posibil ca părinții să fi oferit un model atât de bun, încât copilul nu a putut sau a refuzat să se conformeze standardelor parentale înalte. Injoncțiunea parentală este: „Scopul scuză mijloacele.” Astfel, comportamentul răz-bunător este modelat și întărit. Structura familială tinde să fie dezorganizată și neimplicată. Tiparul antisocial este confirmat, întărit și perpetuat de următorii factori individuali și sistemici: nevoia de a fi puternic și teama de a fi abuzat și umilit duce la o negare a emoțiilor „mai blânde” și la lipsa de cooperare. Acest lucru, alături de tendința de a-i provoca pe ceilalți, determină o întărire suplimentară a credințelor și comportamentelor antisociale (Sperry, 2015; Sperry și Mosak, 1996).

Tabelul 3.2 rezumă caracteristicile acestei tulburări.

TABELUL 3.2 Caracteristicile tulburării de personalitate antisocială

Eveniment(e) declanșator/oare	Standarde și reguli sociale
Stil comportamental	Se bazează pe forțele proprii, șireți și convingători Își asumă riscuri și caută senzațiile tari Alunecoși și superficiali
Stil interpersonal	Înșelători Iritabili și agresivi Desconsiderare nesăbuită a celorlalți Le lipsește empatia Nu au încredere în ceilalți
Stil cognitiv	Impulsivi Orientați către exterior și realiști
Stil afectiv	Evită emoțiile „mai blânde”, care denotă slăbiciune Nu arată vinovăție, remușcări sau rușine
Temperament	Tipar infantil iritabil și un tipar adult agresiv și impulsiv
Stil de atașament	Temător și de desconsiderare
Injoncțiune parentală	„Scopul scuză mijloacele.”
Percepția de sine	„Sunt viclean și sunt îndreptățit să obțin orice îmi doresc.”
Percepția asupra lumii	„Viața este înșelătoare și ostilă, iar regulile mă împiedică să-mi îndeplinesc nevoile. Prin urmare, voi ocoli regulile sau le voi încălca, deoarece nevoile mele sunt cele mai importante și mă voi apăra împotriva eforturilor de a fi controlat sau umilit.”
Scheme dezadaptative	Neîncredere/abuz; îndreptățire; autocontrol insuficient; deficiență; deprivare emoțională; abandon; izolare socială
Criteriul optim de diagnostic	Comportament infracțional, agresiv, impulsiv, iresponsabil

Mai multe surse de informație sunt utile în stabilirea unui plan de diagnostic și tratament pentru tulburările de personalitate. Observația, informațiile colaterale și testarea psihologică reprezintă componente importante ale autoevaluării pacientului din timpul interviului clinic. Această secțiune descrie succint câteva observații caracteristice făcute de clinician, precum și natura relației care se poate dezvolta în întâlnirile inițiale cu indivizii cu tulburări de personalitate specifice. Sunt descrise, de asemenea, tiparele de răspuns caracteristic la diferite teste obiective (adică, MMPI-2 și MCMI-IV) și teste proiective (adică Rorschach și TAT).

Comportamentul și raportul în timpul interviului

Intervievarea unei persoane cu tulburare de personalitate antisocială poate fi deosebit de provocatoare. Deși atâta vreme cât clinicianul le face pe plac este ușor să comunici cu acești indivizi, ei se înfurie și devin critici atunci când clinicianul rezistă manipularilor lor. Este foarte dificil să fie determinați să se concentreze asupra impulsivității și iresponsabilității lor sau asupra consecințelor negative ale acțiunilor lor. O astfel de lipsă de autenticitate și sinceritate limitează relația. Cu toate acestea, acești indivizi tânjesc după atenție, iar clinicianul poate stimula discuția, încurajându-i să-și afișeze realizările (Ackley, Mack, Beyer și Erdberg, 2011). Evitând tonul judicativ sau acuzator, clinicianul poate reuși să încurajeze cooperarea și să exploreze consecințele negative ale acțiunilor lor. Atunci când nu doresc să coopereze, să răspundă la întrebări sau adoptă o postură de

nemulțumire sau una ostilă, clinicianul ar face bine să afișeze indiferență sau să inițieze terminarea interviului. Ambele strategii pot inversa rapid comportamentul acestor persoane. Cu toate acestea, deși, arareori, simt remușcări pentru înșelăciunile lor și pentru cum i-au maltratată pe ceilalți, ei pot fi determinați să conștientizeze că lucrurile merg prost pentru ei și își distrug viața. Clinicianul poate stabili relația și poate examina dificultățile lor, fără distorsiuni și minciuni, manifestând empatie pentru consecințele comportamentului și pentru eșecurile lor. Abia când îl percepe pe clinician ca pe un aliat non-punitiv, care le va susține obiectivele constructive și le va arăta că înțelege incapacitatea lor de a respecta normele sociale, abia atunci pot începe să stabilească o alianță terapeutică (Othmer și Othmer, 2002).

Datele testărilor psihologice

Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI-2), Inventarul Clinic Multiaxial Millon (MCMI-IV), Testul psihodiagnostic Rorschach și Testul de Apercepție Tematică (TAT) pot fi utile în diagnosticarea tulburării de personalitate antisocială, precum și în diagnosticarea stilului sau trăsăturii de personalitate antisocială (Groth-Marnat, 2009).

La MMPI-2, profilul 4-9/9-4 (Devier psihopată-Hipomanie) este considerat profilul clasic pentru tulburarea de personalitate antisocială. În timp ce scala 9 — Hipomanie — reprezintă factorul de energizare și activare a comportamentului de punere în act, scala 4 — Devier psihopată — reprezintă componenta cognitivă a psihopatiei (Graham, 2012). Au fost observate două tipare de personalitate antisocială sau de psihopatologie (Megargee

și Bohn, 1979). Psihopatul primar este ușor incitat la violență și, astfel, este posibilă o creștere a scorurilor pe scala 4 (Deviere psihopată), cu creșteri pe scala 6 (Paranoia) și scala 8 (Schizofrenie). Profilul 4-9 / 9-4 este mai sugestiv pentru psihopatia secundară, așa cum se întâmplă în profilul 2-4/4-2 (Depresie-Deviere psihopată) (Meyer, 1995).

La MCMI-IV, creșterile pe scala 5 (Narcisic) și 6 A (Antisocial) sunt cel mai probabile (Millon, Millon, Grossman, Boice și Sinsabaugh, 2015). Deoarece alcoolul și abuzul de droguri sunt frecvente la indivizii antisociale, se așteaptă creșterea pe B (Tulburarea consumului de alcool) și/ sau T (Tulburarea consumului de droguri). Din moment ce indivizii antisociale nu trăiesc, de obicei, un nivel înalt de stres, creșterile pe A (Tulburare de anxietate generalizată), D (Tulburare distimică) și H (Tulburarea simptomului somatic) nu sunt frecvente (Choca și Denburg, 1997).

Tehnicile proiective pot fi foarte utile în evaluarea relațiilor cu obiectul ale pacientului antisocial și evaluarea dezvoltării Supraeului. Deși acești indivizi au mai multe șanse să înșele un clinician în timpul interviului clinic prin simularea vinovăției sau a remușcării, e mai puțin probabil să facă acest lucru în prezența stimulilor ambigui, cum ar fi petele de cerneală Rorschach, acolo unde nu există răspunsuri „corecte” (Gabbard, 2000).

La Rorschach, indivizii antisociale tind să producă doar un număr scăzut spre mediu de răspunsuri și chiar resping planșele cărora le-ar face față, în mod clar, din punct de vedere cognitiv. Adeseori, se înregistrează o reacție întârziată la planșele colorate, dar apoi pot răspunde cu răspunsuri de tip C (Culoare primară), într-o manieră destul de primitivă și de impulsivă. Ei tind să ofere numeroase răspunsuri de tip A (Animal) și P (Banalitate) și

un număr redus de răspunsuri M (Mișcare umană) și W (Întreg). Sunt comune absența răspunsurilor nuanță (Y, YF și FY) și puține răspunsuri de tip formă bună (F+% (Wagner și Wagner, 1981).

La TAT, poveștile lor tind să fie imature și pretențioase. Și, deși protagonistul poate fi surprins într-un act negativ, nu există de obicei vreo aluzie la consecințele aceluia act negativ (Bellak, 1997).

Abordări și intervenții de tratament

Considerații privind tratamentul

Acest diagnostic este rezervat indivizilor cu un istoric de ignorare și încălcare a drepturilor celorlalți încă de la vârsta de 15 ani. Diagnosticul diferențial pentru tulburarea de personalitate antisocială include alte tulburări de personalitate, cum ar fi tulburarea de personalitate narcisică, tulburarea de personalitate paranoidă și tulburarea de personalitate borderline, caz în care tinde să fie diagnosticată greșit la femei. Cele mai frecvente tulburări de simptom asociate cu aceasta sunt tulburările legate de consumul de substanțe, tulburarea bipolară, tulburările delirante și tulburările factive.

În ceea ce privește obiectivele de tratament, acești indivizi nu sunt, de obicei, interesați să se prezinte la tratament sau sunt rezistenți la tratament dacă sunt forțați de instanță, angajatori sau alte instituții. Probabil se întâmplă așa pentru că lasă impresia că nu trec aproape deloc sau chiar deloc printr-o stare de stres, nu văd nimic greșit în comportamentul sau atitudinile lor și acceptă tratamentul doar când este în interesul lor personal, cum ar fi atunci când le-ar putea îmbunătăți șansele

de a obține eliberarea condiționată sau probațiunea (Hare et al., 2012).

În sine, terapia individuală s-a dovedit remarcabil de ineficientă în cazul acestor indivizi. Acest lucru este valabil, mai ales atunci când terapia este orientată spre înțelegerea profundă (insight) sau se concentrează asupra dezvoltării empatiei, conștiinței sau abilităților interpersonale. Totuși, programele speciale de tratament rezidențial oferă un pic de speranță (Harris și Rice, 2006). Dacă personalitatea antisocială este capabilă să se implice în psihoterapie, un semn clar de progres este sesizat atunci când apar trăsăturile depresive (Sperry, 2015).

Psihoterapia individuală

Hatchett (2015) a desfășurat recent o trecere în revistă în profunzime a literaturii privind opțiunile de tratament pentru tulburarea de personalitate antisocială. Deși a concluzionat că par a exista anumite beneficii ale intervențiilor psihosociale în remedierea caracterului antisocial și în reducerea recidivelor infracționale, tabloul este tulbure și complex. În analiza lui Hatchett, cercetările nu au identificat încă vreo intervenție care să îndeplinească, în mod clar, standardele pentru eficiența tratamentului. Din acest motiv, autorul concluzionează că nu există nicio bază pentru a sprijini utilitatea clinică a vreunei intervenții psihosociale destinate tratamentului acestei tulburări. Totuși, această îndoială nu este universal împărtășită. Această secțiune trece în revistă abordarea psihodinamică, cognitiv-comportamentală și interpersonală a psihoterapiei individuale cu persoanele cu tulburare de personalitate antisocială.

Există destul de puțină literatură de specialitate referitoare la rezultatele unui tratament de succes al psihoterapiei individuale de orientare dinamică, în cazul indivizilor cu tulburare de personalitate antisocială. De fapt, există un pesimism larg împărtășit privind posibilitatea psihoterapiei dinamice de a modifica tiparul antisocial (Valliant și Perry, 1985). Au fost oferite mai multe explicații pentru acest aparent eșec. Explicațiile se referă atât la selecția pacienților, cât și la atitudinea terapeutică și intervenții.

Gabbard (1990) arată că sarcina clinicianului la începutul tratamentului este să determine care sunt acei pacienți care „merită” timpul, energia și banii necesari unui proces de terapie de lungă durată și cu un final nesigur. Meloy (1988) a identificat cinci contraindicații pentru psihoterapia cu pacienți antisociale. Acestea sunt: un istoric de comportament sadic și violent față de ceilalți; absența totală a remușcărilor pentru un asemenea comportament; o incapacitate de durată de a dezvolta atașamente emoționale; inteligență înaltă sau redusă care poate împiedica procesul terapeutic; și frica intensă contratransferențială a clinicianului pentru siguranța personală. Pe scurt, cu cât pacientul seamănă mai mult cu profilul dinamic al psihopatului pur, cu atât mai puțin probabil este că va răspunde la psihoterapia dinamică.

Pe de altă parte, pacienții antisociale cu trăsături narcisice pot fi întrucâtva mai deschiși la psihoterapie. În cadrul transferului ei pot dezvălui o oarecare dependență, iar „obiectul ideal” intern poate fi cumva mai puțin agresiv decât în cazul psihopatului pur (Meloy, 1988). Prezența depresiei majore poate reflecta

136 deschiderea față de psihoterapie (Woody et al., 1985). Turkat (1990) observă că „sociopatul care suferă”, care este sincer și autentic în distres, are potențialul de a beneficia în urma psihoterapiei. Totuși, cel mai important predictor al succesului tratamentului este capacitatea de a stabili alianța terapeutică. În studiul lor realizat asupra 48 de bărbați dependenți de droguri și aflați în tratament de substituție cu metadonă, bărbații care îndeplineau criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială, Gertsley et al. (1989) au demonstrat o asociere semnificativă între capacitatea de a forma alianța terapeutică și rezultatul tratamentului.

Între paranteze fie spus, un studiu despre diferențele de gen în recomandările de tratament pentru personalitatea antisocială ne dă de gândit. A fost realizat un sondaj în care au fost implicați 119 psihologi clinicieni care au răspuns la studii de caz ce descriau fie un bărbat, fie o femeie cu tulburare de personalitate antisocială și somatizare. Rezultatele au arătat că, în cazul femeilor, clinicienii tindeau mai puțin să diagnosticheze corect tulburarea de personalitate antisocială, decât la pacienții de gen masculin. În mod constant, femeilor li se acorda un prognostic mai bun și creștea probabilitatea de a li se face recomandări pentru terapia orientată spre insight, comparativ cu bărbații, în cazul cărora era mai probabil să li se ofere prognostice mai proaste și recomandări pentru terapia de grup și constrângeri legale (Fernbach, Winstead și Derlega, 1989)

Atitudinea terapeutică, strategia și tehnicile de intervenție sunt alți factori importanți în ecuația rezultatului tratamentului. Poziția tradițională a neutralității din perspectiva dinamică este contraindicată. Gabbard (2000) susține că neutralitatea este echivalentă cu aprobarea tacită sau coluziunea cu acțiunile

pacientului antisocial. În schimb, atitudinea terapeutică recomandată este una activă și confruntativă. Clinicianul va trebui să se confrunte, în mod repetat, cu minimizarea și negarea de către pacient a comportamentului antisocial. În plus, confruntarea trebuie să se concentreze asupra comportamentului din aici-și-acum, mai degrabă decât asupra analizării materialului inconștient din trecut.

Din perspectivă dinamică, este fundamental ca medicul să-l sprijine pe client în conectarea acțiunilor cu stările interioare. În sfârșit, așteptarea clinicianului pentru schimbare terapeutică trebuie să fie categoric realistă. Gabbard (1994) avertizează că pacienții antisociali se bucură să dejoace dorințele clinicianului legate de schimbarea lor.

Inutil de precizat că aspectele legate de contratransfer sunt importante în lucrul cu pacienții antisociali. Două forme frecvente sunt neîncrederea și coluziunea (Symington, 1980). Neîncrederea presupune raționalizarea din partea clinicianului că pacientul nu este, de fapt, „atât de rău.” Coluziunea este probabil cel mai problematic tip de contratransfer. Gabbard insistă ca medicul să fie stabil, rezistent și profund incoruptibil, deoarece acești pacienți vor face tot ceea ce este necesar pentru a-l corupe pe clinician și a-l determina să aibă un comportament lipsit de onestitate sau de etică. Prin simularea lacrimilor, tristeții sau a remușcărilor, acești pacienți îl pot manipula pe clinician să empatizeze cu ei.

După cum am menționat anterior, există studii privind tratamentul dinamic cu pacienți antisociali. Un studiu realizat asupra persoanelor cu tulburare de personalitate severă, inclusiv cu tulburare de personalitate antisocială, a arătat că o reprezentare a sinelui semnificativ clivată era prezentă în cazul a 27 dintre

138 pacienții studiați. Au fost utilizate exerciții de relaxare și o intervenție unificatoare pentru a reduce barierele amnestice care mențineau această segmentare. Rezultatele au arătat că 24 de pacienți au răspuns printr-o scădere a rezistenței, complianță crescută la tratament și o funcționare cotidiană îmbunătățită (Glantz și Goisman, 1990).

Meloy și Yakeley (2010) subliniază faptul că multe dintre abordările terapeutice mai recente ale persoanelor antisociale au fost, în mare parte, de natură comportamentală. Aceste abordări includ cursuri de prevenire a recidivelor, grupuri destinate aptitudinilor sociale și alte astfel de eforturi de schimbare a comportamentelor și simptomelor de suprafață, ignorând, totodată, modificările aduse stărilor mentale interne ale individului antisocial. O excepție de la această tendință este tratamentul bazat pe mentalizare al lui Bateman și Fonagy (McGauley, Yakeley, Williams și Bateman, 2011). Numit uneori „a mentaliza”, acesta este procesul prin care indivizii își interpretează propriile cogniții, comportamente și emoții subiective, precum și pe cele ale altora. Numeroși indivizi antisociale manifestă deficiente ale acestei abilități, în special în ceea ce privește reflectarea emoțiilor celorlalți. Această capacitate rudimentară de mentalizare se îmbină cu dificultatea de a tolera stările interne de anxietate, determinând acel tip de comportament agresiv care este semnul distinctiv al tulburării. De asemenea, Malancharuvil (2012) oferă o formulare psihodinamică pentru deficitul de empatie din tulburarea de personalitate antisocială. E important să observăm că dezvoltarea capacității de a mentaliza, fără a crește, totodată, empatia, poate avea drept rezultat să-l facă pe individul antisocial să devină un prădător mai eficient, în loc să atingă scopul dorit al tratamentului.

Abordarea terapiei cognitive

139

Beck, Freeman, Davis și asociații (2011) oferă o analiză extinsă a abordării cognitive privind indivizii cu tulburare de personalitate antisocială. Ei observă că dezvoltarea unei relații de lucru bazate pe colaborare este, în mod deosebit, dificilă în cazul acestor persoane. Cu acești pacienți se lucrează greu, deoarece e probabil ca ei să nu aibă încredere în terapeut, nu le este confortabil să accepte ajutor și au o motivație redusă din cauza contratransferului terapeutului. Stabilirea relației necesită ca terapeutul să evite sau să se retragă din poziții de control sau din lupte de putere cu aceste persoane, precum și să își admită vulnerabilitatea față de atitudinea manipulatorie a acestora. Din moment ce există o probabilitate crescută ca acești indivizi să mintă, terapeutul poate evita capcana rolului de arbitru al adevărului, admitând că acest lucru s-ar putea întâmpla. Pentru a evita finalul prematur al terapiei, se sugerează ca terapeutul să se străduiască, treptat, să stabilească încrederea, să recunoască, în mod explicit, punctele forte și abilitățile individului antisocial și să se abțină de la a-l presa să-și recunoască punctele slabe. Încheierea prematură poate apărea, de asemenea, dacă distresul individului, adică simptomele depresiei sau ale anxietății, este atenuat rapid. În astfel de cazuri, Beck et al. sugerează sublinierea faptului că a continua terapia este în interesul individului și în identificarea oricărui tip de distres rezidual pe care acesta s-ar putea să îl nege sau să-l minimalizeze.

Mitchell, Tafrate și Freeman (2015) observă că, spre deosebire de descrierile dramatice și conflictuale ale terapiei cu indivizi antisociale regăsite în mass-media, este necesară o abordare bazată mai mult pe colaborare. Confruntarea duce la pierderea

elanului și la încheierea prematură a terapiei. Calități terapeutice precum căldura, empatia și disponibilitatea de a recompensa sunt deosebit de importante în cazul acestei populații de indivizi. Tehnici precum interviul motivațional (Miller și Rollnick, 2013), trecerea în revistă a semnelor și simptomelor tulburării pentru a crește gradul de conștientizare a potențialelor consecințe și pentru a oferi posibilitatea alegerii schimbării, precum și concentrarea asupra punctelor forte și valorilor pacientului reprezintă modalități specifice de implicare a persoanelor antisociale în tratament. Selectarea obiectivelor adecvate de tratament poate fi o provocare în cazul acestei tulburări și e necesar un timp considerabil, pentru a explora obiectivele cu această populație. În cazul celor care prezintă simptome negative de anxietate sau depresie, ameliorarea simptomului este un motivator primar. Indivizii se percep pe ei înșiși ca fiind în suferință, iar consecința lipsei de acțiune este dăunătoare numai pentru ei. Pe de altă parte, cei care nu prezintă simptome negative pot vedea comportamentul lor antisocial ca oferindu-le satisfacție și fiind egosintonic. În acest caz, motivația pentru schimbare este minimă sau apare de-a dreptul rezistența, întrucât ceilalți sunt cei care suferă și nu individul. Indiferent de preferințele individului, reducerea comportamentului infracțional ar trebui să rămână un obiectiv general al tratamentului, din cauza daunelor cauzate altora și societății în ansamblu.

După ce s-a căzut de acord asupra obiectivelor de tratament, se sugerează concentrarea pe situațiile problematice specifice, prin strategii de rezolvare de probleme și strategii comportamentale. Atunci când controlul impulsurilor, comportamentul de punere în act sau exprimarea inadecvată a furiei sunt

14
obiective de tratament, sunt recomandate strategii de control al impulsurilor și de gestionare a furiei. Pe măsură ce acești indivizi devin mai capabili să-și controleze impulsurile și să anticipeze consecințele acțiunilor lor, este posibilă schimbarea focalizării terapeutice spre gândurile automate și schemele subiacente. Tranziția de la un accent în mare măsură comportamental la unul mai cognitiv le permite, treptat, indivizilor să devină mai puțin vulnerabili și să se simtă mai confortabil, dezvăluindu-și gândurile și sentimentele. Pe măsură ce se apropie încheierea planificată a tratamentului, atenția se mută înspre presiunile sociale la care individul este supus, pentru a continua comportamentul antisocial. Strategiile de prevenire a recidivei sunt utile în sensibilizarea acestor pacienți la oameni, locuri și circumstanțe care sunt potențial declanșatoare ale gândurilor și comportamentelor antisociale. Presupunând că individul și-a însușit suficiente aptitudini sociale și poate să se implice în activitatea terapeutică de grup, crește probabilitatea de a face față eficient presiunilor sociale. Beck et al. (2011) menționează că terapia de grup și terapia de familie pot fi adjuvante utile tratamentului individual.

Mai mult, Freeman et al. (1990) consideră că terapia cognitivă poate fi eficientă nu numai în reducerea comportamentului antisocial, ci și în sprijinirea individului pentru adoptarea unui stil de viață mai prosocial. Autorii avertizează că acești indivizi termină, adesea, prematur tratamentul, cu excepția situației în care trăiesc suficient distres provenind de la o tulburare de pe Axa I, ceea ce le oferă o motivație pentru continuarea tratamentului.

Davidson și colegii săi (2009) au realizat un studiu exploratoriu, randomizat și controlat privind terapia cognitiv-comportamentală

aplicată unor bărbați violenți, cu tulburare de personalitate antisocială. Cincizeci și doi de bărbați adulți care înfăptuiseră acte de agresiune în ultimele șase luni au fost distribuiți aleator să beneficieze de tratamentul obișnuit (TO) plus CBT sau doar tratamentul obișnuit (TO). Monitorizarea la distanță de 12 luni a arătat că nu au existat diferențe semnificative între rezultate celor două grupuri. Ambele grupuri au raportat scăderea frecvenței actelor agresive; totuși, tendințele datelor au favorizat CBT, în domeniul consumului problematic de alcool, al funcționării sociale și al convingerilor despre ceilalți. Reflecții privind activitatea cu această populație, precum și acest studiu pot fi găsite în Davidson et al. (2010).

Terapia centrată pe scheme. Terapia centrată pe scheme reprezintă o extensie a terapiei cognitive, care a fost dezvoltată de Young (1994, 1999) special pentru tulburările de personalitate și alte probleme dificile, individuale și de cuplu. Terapia centrată pe scheme presupune identificarea schemelor dezadaptative și planificarea unor strategii și intervenții specifice. Cele patru strategii principale sunt: cognitivă, experiențială, comportamentală și relația terapeutică în sine. Restructurarea cognitivă, adică modificarea schemelor dezadaptative, este o strategie cognitivă importantă, fiind însă îmbinată cu exerciții de imaginerie, confruntare empatică, teme pentru acasă și „reparentaj limitat”, adică o formă de experiență emoțională corectoare (Young, 1999).

Schemele dezadaptative asociate în mod obișnuit cu tulburarea de personalitate antisocială sunt: *neîncredere/abuz* — credința că ceilalți îl vor abuza, umili, trișa, minți, manipula sau vor profita de el; *îndreptățire* — credința că este superior celorlalți și nu este constrâns de regulile și normele care reglementează interacțiunea socială normală; *autocontrol*

insuficient — convingerea că individul este incapabil de autocontrol și toleranță în fața frustrării; *deficiență* — credința că individul este defect, rău, nedorit sau inferior în aspecte importante; *deprivare emoțională* — credința că dorința de sprijin emoțional a individului nu va fi satisfăcută de ceilalți; *abandon* — credința că ceilalți importanți nu vor sau nu pot oferi un sprijin de încredere și stabil; și *izolare socială* — credința că individul este alienat, diferit de ceilalți sau nu face parte din niciun grup (Bernstein, 2002).

Abordarea interpersonală

Pentru Benjamin (2003a), intervențiile psihoterapeutice cu indivizi cu tulburare de personalitate antisocială pot fi planificate și evaluate în funcție de capacitatea lor de a spori colaborarea, de a facilita învățarea despre tiparele dezadaptative și originile acestora, de a bloca aceste tipare, de a amplifica voința de schimbare și de a încuraja, în mod eficient, noile tipare.

Benjamin observă că persoanele antisociale nu răspund bine psihoterapiei individuale singure. Autoarea dă voce și altor opinii, avertizând că terapeutul amabil și atent, precum și cei care cred în mod eronat că sunt cu adevărat în control, pot fi „duși de nas” de acești indivizi. În schimb, Benjamin constată că abordarea opusă, caracterizată prin asprime și lipsă de înțelegere, va servi doar la reconfirmarea convingerii individului antisocial că nu poate avea încredere în cei care pretind că le pasă de el. Tiparul de „autonomie ostilă” le garantează acestor persoane refuzarea contactului plin de bunăvoință cu cei din jurul lor. Provocarea terapeutului este să spargă această barieră și să dezvolte o legătură cu acești clienți profund alienați. În timp ce

144 terapia individuală poate fi problematică, atunci când este îmbinată cu alte modalități, cum ar fi terapia prin mediu, putem avea un rezultat pozitiv al tratamentului. Obiectivul etapei de colaborare a tratamentului este stabilirea unei legături între terapeut și individ și un anumit grad de interdependență. Din moment ce în psihoterapia individuală, colaborarea nu poate fi forțată și este arareori aleasă de indivizii antisociali, Benjamin sugerează apropierea de individ în poziția sa inițial ostilă, iar apoi deplasarea treptată înspre colaborare.

Alte modalități de obținere a colaborării sugerate de Benjamin constau în folosirea eroilor din sport ca modele de rol. Individul antisocial poate răspunde la o poveste despre căldura și puterea binevoitoare a unui sportiv internalizând aceste calități, lucru valabil mai ales în cazul adolescenților cu tulburări de conduită. O altă strategie de cultivare a căldurii poate fi aceea de a-i permite individului antisocial să ocupe un rol de îngrijire, cum ar fi să aducă pui de pisică deținuților sau să-i învețe pe copii să joace baschet — toate sub supraveghere, bineînțeles. Antrenamentul de supraviețuire în sălbăticie reprezintă o altă modalitate posibilă. În aceste cazuri, ar putea fi facilitată atitudinea de îngrijire și legăturile emoționale. Terapia de grup atent condusă poate oferi oportunități de creare a unor legături emoționale și de control. Și terapia de familie poate să conducă la schimbări pozitive, dar trebuie luată în considerare coluziunea familială în menținerea tiparelor problematice.

Odată ce se dezvoltă legăturile emoționale și interdependența, sunt îndeplinite condițiile preliminare pentru colaborare. Apoi, individul antisocial este ajutat să recunoască și să înțeleagă trăsăturile autodestructive ale stilului și tiparului său de viață bazat pe exploatare. Benjamin consideră că acești indivizi pot începe

atunci să-și dezvolte autocontrolul și abilitățile sociale necesare, cum ar fi autoîngrijirea, amânarea recompensei și empatia față de ceilalți. Din nefericire, autoarea oferă prea puține discuții și doar câteva sugestii de facilitare a schimbării pentru persoanele cu această tulburare.

Terapia de grup

Terapia de grup pentru tulburarea de personalitate antisocială este considerată în mod obișnuit mai eficientă decât terapia individuală, deoarece le oferă persoanelor antisociale capacitatea de a se conecta la experiențele celorlalți într-o manieră mai directă decât se întâmplă în terapia individuală. De asemenea, această modalitate le permite acestor pacienți să-și perceapă comportamentul prin ochii celorlalți. Formele structurate de terapie de grup pot fi destul de eficiente cu indivizii cu tulburare de personalitate antisocială. Grupurile deschise, exploratorii și non-directive (Yalom, 1985), cu compoziție eterogenă, sunt ușor de perturbat de către pacienții antisociali; prin urmare, aceste grupuri nu sunt recomandabile pentru această categorie de pacienți (Liebowitz et al., 1986).

Cu acești pacienți au fost folosite trei tipuri de grupuri de tratament: grupuri de psihoeducație, psihoterapeutice și de sprijin (Walker, 1992). Grupurile de psihoeducație presupun prezentarea didactică de către clinician, care este apoi procesată de către membrii grupului. Conținutul și ordinea de zi sunt structurate, precum și participarea pacienților. Grupul este alcătuit din pacienți antisociali care îndeplinesc criteriile de participare date și sunt aleși de către clinician. Grupurile sunt limitate în timp și se reunesc săptămânal, timp de 90 de minute. Dată fiind

complexitatea problemelor interpersonale și a altor probleme ale acestor pacienți, aceste grupuri au o utilitate limitată pentru pacienții antisociali.

Grupurile de psihoterapie sunt mai puțin structurate comparativ cu cele de psihoeducație, folosind însă teme coezive relevante pentru acești pacienți. Apartenența la grup este determinată de clinician, care este responsabil de conținut și de proces, în egală măsură. Aceste grupuri tind să fie de lungă durată, se reunesc săptămânal, timp de 90 de minute și sunt limitate la nouă sau zece pacienți. Deoarece un grup de zece pacienți antisociali poate fi destul de redutabil, se recomandă doi clinicieni în rolul de terapeuți de grup.

Rolul a doi terapeuți de grup constă în diminuarea potențialului grupului de a acționa împotriva liderilor de grup, deoarece un singur clinician reprezintă o țintă facilă pentru izolare, precum și pentru atac sau respingere din partea membrilor grupului. În plus, doi lideri de grup le oferă pacienților mai multe ocazii de identificare constructivă, datorită diferențelor de personalitate și stil terapeutic al terapeuților. Mai mult decât atât, sunt posibile astfel tiparele de genul „tipul bun — tipul rău” și „pasele în lateral” de către liderii care se pot dovedi incapabili să se ocupe de o anumită problemă sau de un anume pacient (Walker, 1992).

Grupurile de suport pentru pacienții antisociali sunt utile pentru persoanele care au beneficiat de psihoterapie intensivă, spitalizați sau în ambulatoriu. Deși se bazează pe un model de autoajutorare, aceste grupuri sunt conduse de un clinician. Principalul obiectiv al acestor grupuri cu desfășurare continuă și cu participare deschisă constă în prevenirea recăderilor și dezvoltarea sprijinului din partea egalilor.

Walker (1992) a descris câteva principii utile pentru punerea bazelor acestor trei tipuri diferite de grupuri. În plus, el a descris o serie de reguli și proceduri specifice pentru a lucra în grup cu pacienții antisociali.

Meloy și Yakeley (2010) descriu procesul de grup pentru tulburarea de personalitate antisocială dintr-o perspectivă psihodinamică. Ei observă că grupul de terapie funcționează ca un recipient pentru proiecțiile individului antisocial, precum și asemenea unui Eu colectiv auxiliar, care poate să reflecteze în numele individului. Acest lucru îl deplasează, treptat, pe pacient înspre o funcționare mai sănătoasă a Eului.

Comunitatea terapeutică. Comunitatea terapeutică (CT) reprezintă o extensie a tratamentului de grup într-un cadru de internare sau rezidențial, în care mediul este un mijloc de schimbare. Cercetările recente arată că indivizii dependenți de droguri, cu tulburare de personalitate antisocială pot beneficia semnificativ de pe urma tratamentului comunitar terapeutic, cu condiția de a finaliza programul de tratament și de a continua cu îngrijirea ulterioară în comunitate. S-a constatat că finalizarea tratamentului a fost cel mai important factor în reducerea consumului recent de droguri și a arestărilor post-externare (Messina, Wish, Hoffman și Nemes, 2002).

Terapia de cuplu și de familie

Există un număr semnificativ de studii privind dinamica familiei și tratamentul pacientului antisocial, cele mai multe dintre ele referitoare la tinerii delincvenți (Glueck și Glueck, 1950; Minuchin et al., 1967). Câteva studii sugerează că terapia de familie de scurtă durată poate fi eficientă și în

148 cazul adolescenților delincvenți (Alexander și Parsons, 1973; Parsons și Alexander, 1973). Harbir (1981) observă că pacienții antisociale sunt arareori motivați să se implice în terapia de familie, însă, în măsura în care clinicianul reușește să implice părinții sau partenerul de viață al pacientului, cu atât mai probabilă este o schimbare terapeutică. Deoarece pacientul antisocial tinde să renunțe brusc la tratamentul ambulatoriu atunci când se confruntă cu probleme dificile și generatoare de anxietate, este de datoria medicului să maximizeze influența terapeutică. Specific, acest lucru înseamnă stabilirea unei alianțe terapeutice solide și implicarea familiei din start, de obicei la începutul tratamentului spitalicesc, ca parte a unei dispoziții a instanței sau ca adjuvant necesar tratamentului rezidențial.

Un obiectiv major al tratamentului este de a-i ajuta pe membrii familiei sau pe partenerul în terapia de cuplu să stabilească limite pentru pacient. De obicei, membrii familiei și partenerii au minimalizat, au ignorat sau au acționat inconsecvent în fața comportamentului antisocial al pacientului. Pe măsură ce familia sau soțul/soția stabilesc și impun în mod constant limite, comportamentul patologic al pacientului se reduce și, uneori, apar simptome care răspund la tratament, cum ar fi depresia. Acest lucru sugerează că pacientul începe să se schimbe și este mai motivat să se oprească din comportamentele distructive. Pe măsură ce tratamentul familial înaintază, pot fi atinse sistematic schimbări în tiparele de comunicare distructivă (Parsons și Alexander, 1973).

Nichols (1996) descrie modelele de interacțiune maritală și simptomatologia indivizilor cu tulburare de personalitate antisocială și tulburare de personalitate histrionică în relații

interpersonale apropiate, precum și protocolul planului de tratament sugerat și strategiile pentru gestionarea unor astfel de cupluri în context terapeutic.

Medicația

În prezent, nu există medicamente psihotrope indicate specific pentru tratarea persoanelor cu această tulburare. Cu toate acestea, există unele dovezi că persoanele cu această tulburare au răspuns la inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (SSRI-uri) (Silk și Feurino, 2012). De aceea, aceste medicamente sunt utilizate pentru a viza simptome perturbatoare specifice, în special anxietatea. În general, ele sunt utilizate ca adjuvant alături de psihoterapie și antrenamentul abilităților. Deoarece simptomele perturbatoare răspund, adeseori, mai rapid la medicamente decât la cele mai multe intervenții psihologice, medicamentele sunt, de obicei, prescrise la începutul tratamentului (Sperry, 1995b). Din păcate, există dovezi limitate din cercetare care să ofere un ghidaj pentru utilizarea SSRI-urilor pentru alte indicații sau pentru utilizarea altor medicamente (Silk și Feurino, 2012).

Abordări combinate/integrative ale tratamentului

În ciuda pesimismului la scară largă privind posibilitatea de tratare a acestei tulburări, există motive pentru un optimism prudent, cu condiția ca tratamentul să fie combinat sau multimodal și adaptat nevoilor și circumstanțelor specifice ale individului. Există dovezi clare că timpul în sine este cea mai eficientă modalitate de tratament. Cu alte cuvinte, intensitatea

comportamentelor antisociale tind să se disipeze odată cu vârsta (Regier et al., 1988); se presupune că acest lucru se datorează efectelor cumulative ale repercusiunilor personale, sociale, juridice și financiare ale comportamentului antisocial. Următoarea cea mai eficientă modalitate constă în tratamentul specializat, comunități terapeutice sau un program în sălbăticie care oferă limite ferme și structură, activitate în grup cu egali și un program de lucru structurat (Woody et al., 1985). Cu condiția ca în contextele ambulatorii să fie prezentă o suficientă influență terapeutică, rezultatele tratamentului pentru pacienții antisociale pot fi cel puțin precaut optimiste.

La fel că în cazul tulburărilor de personalitate borderline, majoritatea este de acord că farmacoterapia nu ar trebui să fie singurul tratament pentru tulburarea de personalitate antisocială (Gunderson, 1986). Kellner (1986) sugerează ca tratamentul să înceapă, adesea, cu o modalitate psihoterapeutică, după care poate fi luată în considerare o încercare de medicație pentru un anumit simptom țintă, cum ar fi impulsivitatea, agresivitatea, caracterul exploziv sau violența. În numeroase cazuri, tratamentul va fi de durată, din cauza lipsei de disponibilitate sau incapacității pacientului de a persevera. Tratamentul poate consta în câteva ședințe intercalate cu intervale lungi, fără vreo activitate terapeutică sau numai în ședințe pentru monitorizarea medicației. În orice caz, clinicianul trebuie să încerce să stabilească o relație terapeutică, menținând în același timp limitele ferme. Psihoeducația, în cadru individual sau de grup, este, de obicei, necesară. Kellner (1986) observă că datele cercetărilor sprijină utilizarea unui tratament susținut, care presupune în mod invariabil psihoterapia — individuală, de grup și de familie, terapie

comportamentală și psihoeducație — psihoterapie ce vizează a-l învăța pe pacient despre autocontrol și amânarea recompensei, precum și despre utilizarea medicamentelor. Deși astfel de intervenții sunt extrem de complexe și dificile, Kellner consideră că ele pot aduce o diferență substanțială în viața și adaptarea acestor pacienți.

Multe dintre studiile privind tratamentul combinat se concentrează asupra tratamentului tulburării de personalitate antisocială în comorbiditate cu tulburările de consum de substanțe. Ogloff, Talevski, Lemphers, Wood și Simmons (2015) au investigat relația dintre boala mentală, tulburările de consum de substanțe, tulburarea de personalitate antisocială și infracționalitate pe un eșantion de 130 de bărbați aflați într-o instituție judiciară de sănătate mentală din Australia. Autorii au descoperit că majoritatea acestor persoane îndeplineau criteriile pentru multiple tulburări, ceea ce subliniază necesitatea unei abordări integrative a tratamentului. Havens et al. (2007) au studiat o intervenție de tip management de caz, la internarea în programul de tratament pentru abuz de substanțe destinat utilizatorilor de droguri injectabile, cu sau fără tulburare de personalitate antisocială. Autorii au descoperit că utilizatorii de droguri injectabile cu tulburare de personalitate antisocială au avut de 3,5 ori mai multe șanse de a intra în tratamentul pentru abuz de substanțe după ce au petrecut ceva timp cu un manager de caz. Messina, Farabee și Rawson (2003) au examinat eficacitatea a patru tipuri diferite de tratament pentru pacienții cu tulburare de personalitate antisocială, dependenți de cocaină. Cele patru tratamente au fost: terapia cognitiv-comportamentală (CBT); managementul contingențelor (MC); îmbinarea dintre CBT și MC; și tratament prin substituție de metadonă. Autorii au

152 descoperit că pacienții cu tulburare de personalitate antisocială au mai multe șanse să se abțină de la consumul de cocaină în timpul tratamentului, comparativ cu cei fără această tulburare, efect care a fost semnificativ legat de condiția de management al contingențelor.

4

Tulburarea de personalitate evitantă

Indivizii cu personalități evitante tind să fie persoane timide, singuratiche, hipersensibile și cu stimă de sine scăzută. Deși au o dorință arzătoare de implicare interpersonală, ei evită contactul personal cu ceilalți, din cauza temerii lor accentuate de dezaprobare socială și a sensibilității în fața respingerii (Sanislow, da Cruz, Gianoli și Reagan, 2012). Deși tratamentul acestor persoane presupune mai multe provocări terapeutice unice, el poate fi foarte eficient și plin de succes.

Capitolul de față descrie un cadru pentru evaluarea și tratamentul eficient al acestei tulburări. Sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz și intervențiile de tratament. Se începe cu informații de fond despre tulburare, precum și cu o descriere DSM-5 și o descriere prototip a tulburării. Secțiunea privind conceptualizarea de caz oferă cinci formulări clinice generale ale acestei tulburări: psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală, interpersonală și o conceptualizare integrativă a tulburării. De asemenea, sunt descrise mai multe metode de tratament, modalități și strategii de intervenție. Printre acestea

154 se numără psihoterapia individuală, terapia de grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat.

Descrierea tulburării de personalitate evitantă

Tulburarea de personalitate evitantă poate fi recunoscută cu ajutorul următorilor descriptori sau caracteristici: stil vs. tulburare, eveniment declanșator, stil comportamental, stil interpersonal, stil cognitiv, stil afectiv, stil de atașament și criteriul optim de diagnostic.

Stil vs. tulburare. Personalitatea evitantă poate fi concepută ca acoperind un continuum de la sănătos la patologic, în care stilul de personalitate evitant se află la extrema sănătății, iar tulburarea de personalitate evitantă se află la extrema patologiei. Tabelul 4.1 compară și diferențiază stilul de personalitate evitant de tulburarea de personalitate evitantă.

TABELUL 4.1 Comparație între stilul evitant și tulburarea de personalitate evitantă

Stilul de personalitate	Tulburarea de personalitate
Se simt confortabil cu obiceiurile, repetiția și rutina. Preferă lucrurile cunoscute celor necunoscute.	Exagerează posibilele dificultăți, pericolele fizice sau riscurile presupuse de a face ceva normal, dar diferit de rutina lor obișnuită.
Loialitate puternică față de familie și/sau câțiva prieteni apropiați; tind să fie preocupați de casă.	Nu au prieteni apropiați sau confidenți — sau au numai unul — în afara rudelor de gradul întâi; evită activitățile care presupun un contact interpersonal semnificativ.

Sensibili și preocupați de ceea ce gândesc ceilalți despre ei.

Nu sunt dispuși să se implice în interacțiunea cu ceilalți decât dacă sunt siguri că sunt simpatizați; sunt ușor de rănit și se îngrijorează mult.

Foarte discreți și precauți în interacțiunea cu ceilalți.

Se tem să roșească, să plângă sau să manifeste semne de anxietate în fața altor persoane, caz în care se simt stânjeniți.

Tind să păstreze o atitudine rezervată și controlată în preajma celorlalți.

Reticenți în situațiile sociale, din cauza temerii de a spune ceva inadecvat sau prostesc sau de teama că nu vor fi în stare să răspundă la o întrebare.

Tind să fie curioși și pot canaliza o atenție considerabilă asupra hobby-urilor și pasiunilor; totuși, câțiva dintre ei se implică în comportamente de coping contrafobice.

Tind să aibă rezultate mediocre și le este greu să se concentreze asupra sarcinilor de lucru sau asupra hobby-urilor.

Eveniment(e) declanșator/oare. Situația tipică, circumstanța sau evenimentul care, cel mai probabil, declanșează sau activează răspunsul caracteristic dezadaptativ al tulburării de personalitate evitantă (Othmer și Othmer, 2002), după cum se observă în stilurile comportamentale, interpersonale, cognitive și afective, ține de „cerințele de relaționare interpersonală apropiată și/sau apariții în societate și publice”.

Stil comportamental. Stilul comportamental al personalităților evitante se caracterizează prin încordare cronică și disconfort în legătură cu propria persoană. Comportamentul și

discursul verbal sunt controlate, iar indivizii lasă impresia că sunt neliniștiți și ciudați. Tind să se autocritice și să-și diminueze realizările.

Stil interpersonal. Din punct de vedere interpersonal, acești indivizi sunt sensibili în fața respingerii. Deși își doresc acceptarea din partea celorlalți, ei păstrează distanța și solicită aprobare necondiționată înainte de a fi dispuși „să se deschidă.” Îi „testează” cu precauție pe ceilalți pentru a determina în cine pot avea încredere că îi va simpatiza.

Stil cognitiv. Stilul cognitiv al acestor indivizi poate fi descris ca fiind hipervigilent, ceea ce înseamnă că ei scanează mediul, căutând indicii ale unei potențiale amenințări sau acceptări. Gândurile le sunt adesea distrase de hipersensibilitate. Nu-i de mirare, au stimă de sine scăzută din cauza devalorizării realizărilor personale și a accentului pus pe propriile defecte.

Stil afectiv. Stilul lor emoțional sau afectiv este marcat de un fel de a fi caracterizat prin timiditate și atitudine temătoare. Deoarece reușesc arareori să obțină aprobarea necondiționată din partea celorlalți, ei trăiesc frecvent sentimente de tristețe, singurătate și încordare. În momentele în care starea de distress crește, vor descrie sentimentul de gol și depersonalizare.

Stil de atașament. Indivizii cu o părere de sine negativă și o părere despre alții care oscilează între pozitiv și negativ manifestă un stil de atașament compozit, preocupat și temător. Comportamentul lor de evitare se bazează pe dorința de a fi plăcuți și acceptați de ceilalți, temându-se totodată de respingere și abandon. Stilul adult de atașament preocupat temător este frecvent în cazul indivizilor cu tulburare de personalitate evitantă (Lyddon și Sherry, 2001).

Criteriul optim de diagnostic. Dintre diversele criterii de diagnostic pentru tulburarea de personalitate evitantă, unul a fost identificat ca fiind cel mai util în diagnosticarea acestei tulburări. Convingerea este că, începând cu acest criteriu, clinicianul poate testa prezența sau absența criteriului și poate diagnostica mai repede tulburarea de personalitate (Allnutt și Links, 1996). „Criteriul optim” pentru această tulburare este: „evită activitățile profesionale care presupun contacte interpersonale semnificative, din cauza fricii de a fi criticat, dezaprobat sau respins.”

Următoarele două studii de caz ilustrează diferențele dintre stilul de personalitate evitant — dr. Q și tulburarea de personalitate evitantă — dra A.

STUDIUL DE CAZ: STILUL DE PERSONALITATE EVITANT

Peter Q., 31 de ani, este un chirurg oftalmolog care a fost angajat recent de un mare spital și clinică din sistemul de asigurări. Terminase de curând rezidențiatul și, pentru că era o persoană nouă, arăta bine și era necăsătorit, a fost remarcat rapid de către personalul feminin. Specialitatea sa era chirurgia prin laser, pentru care era extrem de talentat și respectat de pacienți. Deși politicos, era cumva distant din punct de vedere emoțional și timid. Dr. Q participă arareori la reuniunile personalului, iar dacă totuși se ducea, se scuza politicos când îi suna pager-ul — ceea ce părea că se întâmpla mereu — și nu mai revenea. Viața sa socială părea a fi un mister și nu prea avea contact după program cu colegii săi de gen masculin, cu o singură excepție. Dr. S. îl întâlnise pe Peter la o convenție despre războiul civil, desfășurată în alt oraș, iar spre surpriza lui, aflase despre vechiul hobby al lui Peter de a colecționa cărți și suveniruri despre războiul civil. În timp, cei doi au devenit

buni prieteni, petrecând considerabil de mult timp împreună. Deși avea propriul său apartament, Peter își petrecea mare parte din timpul liber acasă, cu părinții. În curând, Dr. S. a devenit un oaspete obișnuit în familia Q. și, inițial, a fost surprins de cât de cald, cordial și confortabil se simțea Peter în acest cadru intim, comparativ cu spitalul.

STUDIU DE CAZ: TULBURAREA DE PERSONALITATE EVITANTĂ

Dra A. este o studentă în vârstă de 27 de ani, care a contactat centrul de consiliere al universității pentru a primi sprijin în privința „dificultăților de concentrare.” A menționat că problema începuse când colega ei de camera din ultimii doi ani se mutase extrem de rapid, pentru a locui cu prietenul ei. Dra A. s-a descris ca fiind „distrusă și rănită” de acest lucru. A menționat că nu avea prieteni apropiați și s-a descris pe sine ca fiind timidă, ieșind la o singură întâlnire romantică de la terminarea liceului. De atunci, evitase încercările bărbaților de a o invita în oraș, deoarece fusese respinsă în primul an de facultate de un bărbat cu care se întâlnise timp de o lună și care, apoi, nu o mai căutase niciodată. La examinare, a avut un contact vizual redus cu consilierul și a părut foarte timidă și jenată.

Descrierea DSM-5

Descrierea DSM-5 subliniază comportamente specifice pentru aceste tulburări. Indivizii care îndeplinesc criteriile pentru acest diagnostic sunt caracterizați printr-un tipar pervaziv de inhibiție

socială, sentimentul de a fi inadecvați și sensibilitate exagerată la aprecierile negative ale celorlalți. În general, se întâmplă așa deoarece se percep pe ei înșiși ca fiind inapți din punct de vedere social, lipsiți de atractivitate sau inferiori altora. Ei evită, în mod constant, activitățile profesionale care presupun contacte interpersonale apropiate, din cauza fricii de a fi criticați sau respinși. Nu se vor implica în relații cu ceilalți, decât dacă sunt siguri că sunt acceptați. Temându-se că se vor face de rușine sau vor fi ridiculizați, se simt inconfortabil și acționează cu rezervă în relațiile intime. În așteptarea rușinii sau a ridiculizării, se simt incomod și sunt ezitanți în relațiile apropiate. În mod similar, se confruntă cu sentimente de inadecvare și de inhibiție în situațiile interpersonale noi. Nu e de mirare, aceste persoane refuză să-și asume riscuri personale sau să se implice în activități care se pot dovedi a fi stânjenitoare (American Psychiatric Association, 2016).

Descrierea prototip

Un prototip este o scurtă descriere care surprinde esența modului în care o anumită tulburare se prezintă în mod obișnuit. Descrierile prototip sunt utile și convenabile, iar clinicienii se bazează în mod obișnuit pe ele, mai degrabă decât pe liste de criterii comportamentale sau convingeri fundamentale (Westen, 2012). Iată o descriere prototip obișnuită a tulburării de personalitate evitantă: acești indivizi sunt înspăimântați și stângaci din punct de vedere interpersonal. Sunt, de asemenea, extrem de sensibili la critici și respingeri. Doar ideea de a întâlni pe cineva nou generează teama de a nu fi cumva umiliți sau stânjeniți. De aceea, le este mult mai ușor să evite orice nouă muncă sau

160 relație socială care le-ar putea amenința sentimentul personal de securitate și siguranță. Cu toate acestea, ei tânjesc după conexiunea cu persoanele în care au ajuns să aibă încredere. Prin urmare, pot avea un prieten sau o rudă cu care să se poată relaxa și să se simtă în siguranță (Frances, 2013).

Prevalența

Prevalența acestei tulburări a fost estimată la 2,4% în populația generală (American Psychiatric Association, 2016). În contextele clinice, estimările sunt că tulburarea este regăsită în proporție de 5,1% până 55,4%, ceea ce în trei studii o face tulburarea de personalitate cu cea mai mare frecvență de apariție (Torgersen, 2012).

Tabelul 4.2 rezumă aceste caracteristici.

TABELUL 4.2 Caracteristici ale tulburării de personalitate evitantă

Eveniment(e) declanșator/oare	Solicitările de relaționare interpersonală apropiată și/ sau aparițiile în societate și în public
Stil comportamental	Încordat și jenat în mod cronic Comportament distant, controlat și redus ca nivel de activitate Autocritici și își devalorizează realizările
Stil interpersonal	Evită contactele interpersonale de teama respingerii Sunt precauți în ceea ce privește interacțiunea cu ceilalți Intimitate restrânsă din cauza temerii de a fi ridicoli Preocupați de criticile sociale sau respingere Inhibăți în situațiile interpersonale noi Nu sunt dornici să-și asume riscuri sociale

Stil cognitiv	Hipervigilent Gândirea este cu ușurință distrasă de sensibilitatea lor excesivă
Stil afectiv	Timid și temător Sentimente de gol interior și depersonalizare
Stil de atașament	Preocupat și temător
Temperament	Iritabil
Injoncțiune parentală	„Noi nu te acceptăm și probabil nimeni altcineva nu o va face.”
Percepția de sine	„Sunt inadecvat și terifiat de respingere.”
Percepția asupra lumii	„Viața este nedreaptă, oamenii mă resping și mă critică, dar îmi doresc să mă placă cineva. Prin urmare, trebuie să fiu vigilent, să cer încurajări și, dacă totul eșuează, să fantalez și să visez cu ochii deschiși.”
Scheme dezadaptative	Deficiență, izolare socială, căutarea aprobării, sacrificiul de sine
Criteriu optim de diagnostic	Evită activitățile profesionale care presupun contacte interpersonale semnificative, din cauza fricii de a fi criticat, dezaprobat sau respins.

Conceptualizări ale tulburării de personalitate evitantă

Conceptualizare de caz psihodinamică

Timiditatea, rușinea și comportamentele evitante sunt conceptualizate ca apărări împotriva stânjenelii, umilirii, respingerii și eșecului (Gabbard, 1990). Rușinea și teama de a se autoexpune în fața celorlalți sunt interconectate. Indivizii cu personalități evitante tind să se simtă rușinați de auto percepția lor ca fiind slabi, incapabili să fie competitivi, defecti fizici sau mental sau

dezgustători și incapabili să-și controleze funcțiile fiziologice (Wurmser, 1981). Rușinea derivă din numeroase experiențe de dezvoltare de-a lungul anilor copilăriei timpurii. Aceste experiențe de dezvoltare, plus o predispoziție constituțională de evitare a situațiilor stresante, tind să-o reactiveze în pacientul evitant, la expunerea în fața indivizilor care contează foarte mult pentru pacient (Gabbard, 1994). Teoreticienii psihodinamici conceptualizează comportamentul celor cu personalitate evitantă ca fiind motivat de rușinea de a nu se ridica la înălțimea Eului lor ideal (Eskedal și Demetri, 2006). Această imagine de sine deficitară determină numeroase comportamente menite să-i protejeze pe indivizi, inclusiv interpretarea greșită a reacțiilor neutre și pozitive ale celorlalți ca fiind negative, precum și restrângerea experiențelor sociale, pentru a evita situațiile în care inadecvările lor percepute ar putea fi dezvoltate.

Conceptualizarea de caz biosocială

Millon (1981), Millon și Everly (1985) și Millon și Davis (1996, 2000) consideră că etiologia și dezvoltarea acestei tulburări de personalitate reprezintă o constelare interactivă a factorilor biogeni de mediu. Ipoteza lor este că vigilența care caracterizează această personalitate reflectă dominanța funcțională a sistemului nervos simpatic, cu un prag redus de excitare nervoasă autonomă. Acest lucru le-ar permite impulsurilor irelevante să perturbe asocierile logice, să diminueze controlul și direcția gândurilor și proceselor mnemice, ceea ce determină o interfață marcată de procese cognitive normale. Cercetările citate de Kagan, Resnick și Snidman (1988) sugerează că trăsătura timidității are o origine genetica-constituțională, ceea ce le impune experiențelor

specifice de mediu să se dezvolte într-un tipar amplu de timiditate și evitare.

Respingerea parentală și cea din partea grupului de egali sunt două influențe de mediu fundamentale și prevalente. Nivelul respingerii parentale pare a fi deosebit de intens și/sau frecvent. Atunci când respingerea din partea grupului de egali întărește respingerea parentală, sentimentele de valoare și competență personală ale copilului tind să fie serios erodate și rezultă în atitudini autocritice. Drept urmare, acești indivizi își restrâng experiențele sociale, sunt hipersensibili în fața respingerii și devin excesiv de introspectivi. Restrângându-și mediul social, ei nu reușesc ulterior să-și dezvolte competențe sociale, ceea ce tinde să trezească ridiculizări din partea celorlalți, pentru comportamentul lor asocial. Din cauza sensibilității excesive și a hipervigilenței lor, ei sunt înclinați să interpreteze respingerile minore drept indicatori principali ai respingerii, acolo unde nu a existat o astfel de intenție. În sfârșit, din cauza introspecției excesive, sunt forțați să-și examineze situația dureroasă pe care au creat-o pentru ei înșiși. Nu e de mirare că vor ajunge la concluzia că nu merită să fie acceptați de ceilalți.

Conceptualizări de caz cognitiv-comportamentale

Conform lui Beck (2015), indivizii cu personalitate evitantă se tem să inițieze relații, precum și să răspundă încercărilor altora de a intra în relație cu ei, din cauza credinței primordiale că vor fi respinși. Pentru ei, o astfel de respingere este de nesuportat, astfel încât se angajează în evitare socială. Mai mult, se implică în evitare cognitivă și emoțională, refuzând să se gândească la lucruri care i-ar face să se întristeze. Din cauza toleranței scăzute

164 față de starea disforică, se feresc și mai mult de cognițiile negative. Elementele care stau la baza acestor tipare de evitare sunt schemele dezadaptative sau credințele disfuncționale de lungă durată despre sine și despre ceilalți. Ei sunt înclinați să se perceapă ca inepti din punct de vedere social și incompetenți din punct de vedere academic și vocațional. De obicei, îi percep pe ceilalți ca fiind critici, umilitori și neinteresați de ei. Schemele despre sine includ teme ca a fi diferit, inadecvat, defect și de neplăcut. Schemele despre ceilalți implică teme despre lipsa de grijă și respingere.

E probabil ca aceste persoane să prezică și să interpreteze respingerea ca fiind cauzată doar de defectele lor personale. Această predicție a respingerii are drept rezultat disforia. În sfârșit, indivizii evitanți nu dețin criteriile interne pentru a se judeca pe ei înșiși într-o manieră pozitivă. Prin urmare, ei sunt nevoiți să se bazeze pe percepția lor. Ei sunt înclinați să interpreteze greșit o reacție neutră sau una pozitivă ca fiind negativă, ceea ce nu face decât să le intensifice sensibilitatea față de respingere și evitarea socială, emoțională și cognitivă. Pe scurt, aceste persoane dețin scheme negative care le determină să evite situațiile în care ar putea interacționa cu ceilalți. De asemenea, evită sarcinile care ar putea genera trăiri inconfortabile și evită să se gândească la lucruri care le-ar putea produce disforie. Din cauza toleranței reduse față de lipsa de confort, acești indivizi folosesc distrageri, scuze și raționalizări atunci când încep să se simtă triști sau anxioși (Padesky și Beck, 2015).

Turkat (1990) descrie această tulburare ca fiind bazată în primul rând pe anxietate și caracterizată prin timiditate și anxietate privind evaluarea, respingerea și/sau umilirea. El observă că tulburarea răspunde foarte bine intervențiilor comportamentale,

165 în special metodelor de gestionare a anxietății prin desensibilizare, metode în care ierarhia se bazează pe teama de respingere, critici și/ sau evaluare.

Conceptualizarea de caz interpersonală

Conform lui Benjamin (2003a), persoanele diagnosticate cu tulburare de personalitate evitantă tind să-și fi început parcursul dezvoltării prin îngrijire și legături sociale adecvate. Drept urmare, ei au continuat să-și dorească contactul social și îngrijirea. Din nefericire, acești indivizi au constituit subiectul unui control parental neobosit, axat pe crearea unei imagini sociale impresionante. Defectele vizibile erau un motiv de mare stânjenală și umilire, în special pentru familie. Pe lângă îndemnurile de a fi admirabili, acești indivizi au trecut și prin batjocoriri degradante pentru eșecurile, imperfecțiunile și neajunsurile lor. Consecința la maturitate este că indivizii evitanți sunt educați astfel încât să se comporte adecvat și să gestioneze o impresie corespunzătoare, evitând în același timp ocaziile de stânjenală sau umilire. În mod obișnuit, umilirea a fost asociată cu excluderea, exilul sau respingerea. Drept urmare, ei anticipează respingerea și, astfel, se izolează social. Deoarece au experiența unor legături emoționale bune, aceste persoane tânjesc după relații și contact social, dar în condițiile în care sunt absolut convinse că nu există aproape deloc sau deloc riscul respingerii sau al demoralizării.

Mai mult, deși familia lor i-a respins și ridiculizat, aceste persoane au internalizat credința că familia este sursa lor de sprijin. Prin urmare, au o puternică loialitate familială, nutrind totodată temeri la fel de puternice în legătură cu străinii. Pe scurt,

indivizii evitanți manifestă o teamă puternică de umilire și respingere. Pentru a evita acest lucru, se retrag și se rețin din punct de vedere social, în timp ce se roagă pentru afecțiune și acceptare. Pot ajunge să aibă relații foarte apropiate cu câțiva aleși care trec de testul lor extrem de sever. Ocazional, își pierd controlul și explodează într-o indignare plină de furie.

Conceptualizări de caz integrative

Următoarea formulare integrativă oferă o explicație biopsihosocială pentru modul în care e probabil să se fi dezvoltat și menținut această personalitate. Din punct de vedere biologic, acești indivizi erau, de obicei, bebeluși excesiv de iritabili și temători și, cel mai probabil, au manifestat temperamentul „dificil de entuziasmat” (Thomas și Chess, 1977). În plus, e probabil ca indivizii cu acest tipar de personalitate să fi trăit diverse neregularități de maturizare când erau copii. Aceste neregularități și tiparul lor excesiv de iritabil sunt atribuite unui prag de excitare foarte scăzut al sistemului nervos autonom (Millon și Everly, 1985).

Din punct de vedere psihologic, e ca și cum cei cu personalități evitante și-ar spune în mod obișnuit despre ei înșiși: „Vezi, sunt inadecvat și înspăimântat de respingere.” Este posibil să perceapă lumea ca fiind o variantă a temei: „Viața este nedreaptă — oamenii mă resping și mă critică — dar tot îmi doresc să mă placă cineva.” Prin urmare, e posibil să ajungă la următoarea concluzie: „De aceea, trebuie să fiu vigilent, să cer încurajări și, dacă toate celelalte lucruri eșuează, să fantasmiez și să visez cu ochii deschiși despre cum ar putea fi viața.” Un mecanism de apărare frecvent în cazul personalității evitante este fantasma.

De aceea, nu e surprinzător că personalitățile evitante sunt mari consumatori de romane de dragoste și telenovele.

Din punct de vedere social, putem menționa pentru tulburarea de personalitate evitantă stiluri de parentaj și factori de mediu predictibili. E probabil că personalitatea evitantă să fi trăit respingere parentală și/sau ridiculizări. Mai apoi, frații și covârșnicii vor fi continuat acest tipar de respingere și ridiculizare. E foarte probabil ca injoncțiunea parentală să fi fost: „Nu te acceptăm și, probabil, nimeni altcineva nu o va face.” E posibil ca aceste persoane să fi avut părinți cu standarde înalte și să se fi îngrijorat că e posibil să nu fi atins sau nu vor atinge aceste standarde și, drept urmare, nu vor fi acceptate.

Tiparul evitant este confirmat, întărit și perpetuat de următorii factori individuali și sistemici: sentimentul de inadecvare personală și teama de respingere care duc la hipervigilență, care, la rândul său, duce la experiențe sociale limitate. Aceste experiențe, plus gândirea catastrofizantă, determină amplificarea hipervigilenței și a hipersensibilității, ducând la autocompătimire, anxietate și depresie, ceea ce determină confirmări suplimentare ale credințelor și stilului evitant (Sperry, 2015).

Evaluarea tulburării de personalitate evitantă

Mai multe surse de informație sunt utile în stabilirea unui plan de diagnostic și tratament pentru tulburările de personalitate. Observația, informațiile colaterale și testarea psihologică reprezintă componente importante ale autoevaluării pacientului din timpul interviului clinic. Această secțiune descrie succint câteva observații caracteristice pe care le face clinicianul, precum și natura raportului care se poate dezvolta în întâlnirile inițiale cu indivizii

168 cu tulburări de personalitate specifice. Sunt descrise, de asemenea, tiparele de răspuns caracteristic la diferite teste obiective (adică, MMPI-2 și MCMI-IV) și teste proiective (adică Rorschach și TAT).

Comportamentul și raportul în timpul interviului

În interviul inițial, indivizii cu tulburare de personalitate evitantă tind să fie monosilabici, indirecti și precauți. Unii pot părea chiar suspicioși sau destul de anxioși, însă cu toții sunt hipersensibili în fața respingerii și criticilor. Reținerea și precauția ar trebui abordate cu empatie și încurajări. Clinicianul e bine să evite confruntarea, care foarte probabil ar fi interpretată drept critică. În schimb, ar trebui folosite răspunsurile empaticе, care încurajează împărtășirea suferințelor trecute și ale temerilor anticipatorii. Atunci când simt că le este înțeleasă hipersensibilitatea de către clinician și că acesta îi va proteja, aceste persoane sunt dispuse să aibă încredere în tratament și să coopereze. După ce se simt în siguranță și acceptați, caracterul interviului se poate modifica dramatic. Raportul a fost stabil, iar indivizii se simt ușurați când își pot descrie frica de a nu fi stânjeniți și criticați, precum și sensibilitatea față de situațiile în care ar putea fi înțeleși greșit. Ei pot trăi aceste temeri de a fi stânjeniți ca fiind ridicole sau prostești. Atunci când clinicianul nu reușește să răspundă empatic, există probabilitatea să se simtă ridiculizați și să se retragă din nou (Othmer și Othmer, 2002).

Datele testărilor psihologice

Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI-2), Inventarul Clinic Multiaxial Millon (MCMI-IV) și testul psihodiagnostic Rorschach pot fi utile în diagnosticarea tulburării de

personalitate evitante, precum și a stilului sau trăsăturii de personalitate evitante (Groth-Marnat, 2009).

La MMPI-2, este tipic profilul 2-7/7-2 (Depresie-Psihastenie). Acest profil reflectă depresia legată de presupusa respingere, precum și neliniștea și îndoiala de sine privind relaționarea cu ceilalți (Graham, 2012). Atunci când este prezentă și retragerea socială, e foarte probabil un scor înalt pe scala 0 (Introversie socială), precum și un scor scăzut pe scala 9 (Hipomanie). Atunci când retragerea socială și autorespingerea duc la o funcționare scăzută, poate apărea o creștere pe scala 8 (Schizofrenie) (Meyer, 1995).

La MCMI-IV, este probabilă o creștere de 85 sau mai mare pe scala 2B (Evitant), alături de scoruri reduse pe scala 4 (Histrionic) și 7 (Compulsiv). Pot fi prezente, de asemenea, creșteri moderate pe scala 8B (Masochism-Autosabotare) și C (Borderline) (Millon et al., 2015). Cu cât scorul pe scala S (Schizotipal) este mai ridicat, cu atât este mai probabil să fi avut loc decompensarea (Choca și Denburg, 1997).

La Rorschach, sunt probabile răspunsurile de tip M (Mișcare umană) blocate sau relativ inactive. Se înregistrează un număr mare de răspunsuri P (Banalitate), iar răspunsurile C (Contrast) presupun adeseori animale pasive, cum ar fi căprioare și iepuri — uneori, fiind schilodite sau ucise — sau interacțiuni pasive în răspunsurile M (Meyer, 1995).

Abordări și intervenții de tratament

Considerații privind tratamentul

Practic, obiectivele globale de tratament cu indivizii cu tulburare de personalitate evitantă țin de creșterea capacității de

tolerare a feedbackului din partea celorlalți și de a avea, selectiv, tot mai multă încredere în ceilalți. Acest lucru înseamnă că în loc să presupună automat că intenția celorlalți este să-i critice, să-i respingă sau să-i umilească sau în loc să „testeze” din reflex câtă încredere merită ceilalți, indivizii evitanți vor fi capabili să-și asume anumite riscuri măsurate în relaționarea cu ceilalți. Acest lucru ar putea însemna să-și comunice în mod asertiv nevoile și dorințele sau ar putea însemna să-și asume riscul de a solicita câteva mesaje de feedback din partea unor persoane care anterior i-au sprijinit.

Persoanele evitante știu deja cum să relaționeze cu un număr redus și select de indivizi, adesea rude. Dacă un clinician devine pur și simplu parte dintre aceștia, tiparul de evitare al individului ar putea rămâne neschimbat. Doar atunci când aceste persoane învață să recunoască impactul tiparelor asupra celorlalți și-și asumă riscuri în noi relații se pot schimba.

Deși terapia individuală îi poate ajuta pe cei evitanți să-și recunoască și să-și analizeze tiparul de evitare și retragere, terapia de cuplu și terapia de grup le permit clinicianului și individului deopotrivă să observe impactul acestui tipar asupra celorlalți, iar individului să riște noi comportamente. Dacă individul este căsătorit sau într-o relație de lungă durată, sunt adesea prezente tipare triangulare. De exemplu, individul evitant poate fi căsătorit cu un partener care călătorește foarte mult și are puține solicitări emoționale sau chiar deloc de la partenerul evitant, oferindu-i acestuia ocazia unei aventuri extra-maritale secrete. Acest tipar triangular oferă un oarecare grad de intimitate, precum și protecție față de umilirea publică, asigurând, totodată, distanța interpersonală (Sperry și Sperry, 2016).

Psihoterapia individuală

Abordările psihoterapiei psihodinamice

În tratamentul indivizilor cu tulburare de personalitate evitantă pot fi foarte eficiente atât aspectele expresive, cât și cele suportive ale psihoterapiei psihodinamice (Gabbard, 1994). Aspectul suportiv presupune o estimare empatică a umilirii și stânenelii asociate expunerii în fața unor circumstanțe interpersonale de temut, precum și a suferinței asociate cu respingerea. Sprijinul presupune, de asemenea, prescripția din partea clinicianului de expunere la situația temută. Inutil de menționat, această prescripție trebuie însoțită de încurajări ferme. În situația reală de expunere vor fi activate mai multe fantasme și anxietăți decât în postura defensivă de retragere. Explicarea acestui aspect îi va încuraja în continuare pe pacienții evitanți să caute situații de care se tem.

Aspectul expresiv al terapiei se concentrează asupra explorării cauzelor subiacente ale rușinii legate de experiențele trecute de dezvoltare. În măsura în care pacientul este dispus să se confrunte cu circumstanțele temute, aspectul expresiv al terapiei este puternic amplificat. Eforturile exploratorii inițiale pot fi frustrante, în sensul că indivizii evitanți pot fi oarecum nesiguri în legătură cu cine este persoana de care se tem. Ei tind să ofere explicații vagi și globale, cum ar fi „respingerea” și „timiditatea”, mai degrabă decât fantasme specifice. Prin urmare, clinicianul face bine să exploreze fantasmele specifice în contextul transferului.

Acești indivizi tind să aibă un nivel semnificativ de anxietate în legătură cu cerințele psihoterapeutice de a-și împărtăși

deschis gândurile și emoțiile. De aceea, atunci când reacționează nonverbal, adică roșesc la ceva ce a fost verbalizat, clinicianul le-ar putea cere să-și împărtășească stânjeneala și ceea ce-și imaginează ei că ar putea gândi și simți clinicianul. Urmărind detaliile unor situații specifice, acești pacienți pot dezvolta o mai mare conștientizare a corespondentelor afectului rușinii (Gabbard, 1994).

Tehnicile interpretative sunt și ele utile, fie ca intervenție primară, fie ca adjuvanți ai abordărilor comportamentale și interpersonale. Strategia fundamentală presupune fantasme interpretative inconștiente referitoare la faptul că teama sau impulsurile lor vor deveni incontroleabile și dăunătoare lor înșiși și celorlalți. Nu-i de mirare, comportamentul lor evitant menține negarea dorințelor sau impulsurilor inconștiente (Mackinnon și Michels, 1971). Mai mult, acești pacienți tind să aibă un Supraeu sever și, prin urmare, își proiectează propriile expectații nerealiste despre ei înșiși asupra altora. Procedând așa, ei scapă de criticile și stânjeneala anticipate, evitând relațiile cu ceilalți. În acest caz, o interpretare completă identifică impulsul și frica inconștiente și depistează tiparul defensiv de evitare care rezultă de aici, în experiențele de viață timpurie, în relațiile externe și în transfer (Fenichel, 1945).

Comparativ cu alte tulburări de personalitate, pentru această tulburare au existat puține studii formale privind eficiența tratamentului psihodinamic de lungă durată. Svartberg, Stiles, și Seltzer (2004) au desfășurat un studiu randomizat a 40 de ședințe de terapie cognitivă versus terapie psihodinamică, cu 50 de participanți care îndeplineau criteriile pentru tulburările de personalitate de cluster C. Treizeci și unu dintre ei s-au calificat pentru un diagnostic de tulburare de personalitate

evitantă. Rezultatele au arătat că ambele forme de terapie au dus la schimbări pozitive semnificative; cu toate acestea, doar grupul de psihoterapie psihodinamică a prezentat, la finalul tratamentului, scăderi semnificative ale distresului cauzat de simptom. Porcerelli, Dauphin, Ablon, Leitman și Bamberg (2007) au desfășurat un studiu de caz pe durata a cinci ani, al cărui subiect a fost un tehnician IT care beneficiase de psihanaliză, cu o frecvență de patru ori pe săptămână. Ședințele ulterioare celui de-al doilea an au inclus elemente din terapia cognitiv-comportamentală și interpersonală. Rezultatele au arătat că psihanaliza pe termen lung a dus la reduceri ale severității simptomului și patologiei relaționale, semnificative clinic, câștigurile fiind menținute la monitorizarea de peste un an.

Abordările terapiei cognitiv-comportamentale

Beck et al. (2015) oferă o analiză detaliată privind abordarea terapiei cognitive în cazul indivizilor cu tulburare de personalitate evitantă. Adeseori e dificilă implicarea indivizilor evitanți în tratament, dată fiind strategia lor fundamentală de evitare și sensibilitatea lor excesivă la critica percepută. Terapeutul trebuie să lucreze sânguinos, dar cu atenție, la construirea încrederii. Testarea încrederii este frecventă în primele etape ale tratamentului și poate include un tipar de anulare a programărilor sau dificultăți în stabilirea unor programări regulate. E important ca terapeutul să nu provoace prematur gândurile automate, întrucât astfel de provocări pot fi percepute drept critici personale. Abia după ce acești indivizi sunt implicați serios în tratament, poate terapeutul să utilizeze interacțiuni cognitive pentru a le testa expectanțele în situațiile sociale. În măsura în care

terapeutul folosește colaborarea mai degrabă decât confruntarea și descoperirea ghidată mai degrabă decât contestarea directă, crește probabilitatea ca aceste persoane să perceapă terapia drept constructivă și să rămână în tratament.

Din moment ce aceste persoane trăiesc adeseori niveluri înalte de anxietate interpersonală, este utilă folosirea intervențiilor de management al anxietății încă de la începutul tratamentului. Deoarece acești indivizi se străduiesc să evite nu numai afectele neplăcute, ci și gândurile referitoare la aspecte care trezesc emoții neplăcute, este util să ne străduim să creștem toleranța emoțională cu ajutorul metodelor de desensibilizare și reîncadrare. Mai mult, din moment ce e posibil ca ei să nu fi învățat lucrurile fundamentale despre interacțiunea socială, e posibil să fie necesară includerea unui antrenament al abilităților sociale.

Mai apoi, în terapie, atunci când aceste persoane și-au atins o parte din obiectivele de tratament de scurtă durată și au căpătat suficientă încredere în terapeut, devin centrale eforturile de contestare a gândurilor automate și de restructurare a schemelor dezadaptative. Sunt fundamentale problematicile care țin de riscul dezvoltării unor relații apropiate și a intimității. În mod obișnuit, e necesară decatastrofizarea dezaprobării și a respingerii. În măsura în care acești indivizi au dobândit o autoeficacitate suficientă și au atins un nivel de succes suficient pe diverse niveluri relaționale, ei sunt mai receptivi la ideea conform căreia dezaprobarea în relațiile apropiate nu echivalează cu respingerea sau cu distrugerea. Adăugarea terapiei de grup joacă un rol în tratamentul acestei tulburări, astfel încât persoanele afectate să poată învăța noi atitudini și să poată exercita noi abilități într-un mediu acceptant și inofensiv din punct de vedere social. Padesky și Beck (2015) sugerează trei obiective de

tratament fundamentale: vizarea evitării emoționale în ședințe și între acestea, pentru a-l ajuta pe pacient să devină conștient de modul în care acest tipar contribuie la probleme; construirea unor abilități de autorefecție și interpersonale, precum exprimarea de sine, asertivitatea, negocierea în conflicte; dezvoltarea unor cogniții alternative care să permită atât intimitatea, cât și asertivitatea în relații.

În concluzie, abordarea prin terapie cognitivă a acestei tulburări recunoaște provocarea semnificativă a implicării individului evitant în tratament și face diverse încercări pentru a construi încrederea, pentru a reduce anxietatea socială și evitarea cognitivă și emoțională. Se continuă apoi prin corectarea deficitelor din zona abilităților sociale prin intermediul metodelor comportamentale, înainte de a se reveni la analiza cognitivă și contestarea gândurilor automate și schemelor, oferindu-se un mediu sigur pentru exersarea comportamentului proactiv din punct de vedere social.

Dintr-o perspectivă comportamentală, gestionarea tiparului evitant este relativ directă (Turkat, 1990). Procedurile de gestionare a anxietății, antrenamentul asertivității și al abilităților sociale prin intermediul jocului de rol, instrucțiunile directe și modelarea sunt eficiente în dezvoltarea comportamentului social încrezător. Cu toate acestea, expunerea treptată reprezintă cea mai eficientă strategie de intervenție comportamentală pentru stingerea comportamentului evitant și a intoleranței în fața anxietății (Greist și Jefferson, 1992).

Intenția paradoxală se poate dovedi și ea utilă, în special cu pacienții evitanți care sunt și opozanți. Prin această strategie, pacientul caută respingerea într-o manieră în egală măsură predictibilă și sub controlul său. De exemplu, un tânăr singur, cu

176 teamă de întâlniri romantice, este de acord cu un experiment în care există solicitarea de a-i fi respinsă invitația la întâlnire de către două femei, în următoarea săptămână. Dacă una dintre femeile abordate i-ar accepta oferta, el va putea să iasă la întâlnire cu ea, cu condiția să invite în oraș o altă femeie care să-l respingă. Cu alte cuvinte, a fi respins devine obiectiv de tratament. Această intervenție reduce sensibilitatea față de respingere. Folosirea unei astfel de intervenții paradoxale poate funcționa cu pacientul evitant și opozant, accentuând nevoia pacientului de a-l învinge pe clinician procedând altfel decât i s-a sugerat sau prescris (Haley, 1978; Weeks și L'Abate, 1982).

În privința tratamentului pentru tulburarea de personalitate evitantă în comorbiditate cu fobia socială, Brown et al. (1995) a observat că indivizii care aveau diagnostic de fobie socială generalizată și de fobie socială negeneralizată, tratați cu terapie cognitiv-comportamentală, s-au ameliorat similar cu cei cu forme mai generalizate de fobie socială, dar au rămas mai disfuncționali după tratament. În mod curios, prezența tulburării de personalitate evitantă nu a fost un predictor pentru rezultatul tratamentului; cu toate acestea, mai multe persoane care îndeplineau criteriile pentru diagnostic înaintea tratamentului nu le-au mai îndeplinit apoi. Similar, Osterbaan, van Balkom, Spinhoven, de Meij și van Dyck (2002) au descoperit că indivizii cu fobie socială în comorbiditate cu tulburarea de personalitate evitantă răspundeau mai prost la tratament și erau mai afectați pe termen scurt, comparativ cu cei fără comorbiditate. Totuși, după 15 luni, cei cu tulburare de personalitate evitantă în comorbiditate au prezentat un progres similar pe termen lung.

Terapia centrată pe scheme. Terapia centrată pe scheme reprezintă o extensie a terapiei cognitive, dezvoltată de Young

(1994, 1999) special pentru tulburările de personalitate și alte probleme dificile, individuale și de cuplu. Terapia centrată pe scheme presupune identificarea schemelor dezadaptative și planificarea unor strategii și intervenții specifice. Cele patru strategii principale sunt: cognitivă, experiențială, comportamentală și relația terapeutică în sine. Restructurarea cognitivă, adică modificarea schemelor dezadaptative, este o strategie cognitivă importantă, fiind însă îmbinată cu exerciții de imagerie, confruntare empatică, teme pentru acasă și „reparentaj limitat”, adică o formă de experiență emoțională corectoare (Young, 1999).

Schemele dezadaptative, asociate în mod normal cu tulburarea de personalitate evitantă, includ: *deficiența*, sau credința că individul este defect, rău, nedorit sau inferior în aspecte importante; *izolarea socială*, sau credința că individul este alienat, diferit de ceilalți sau nu face parte din niciun grup; *sacrificiul de sine*, sau credința că individul trebuie să îndeplinească nevoile celorlalți cu costul propriei satisfacții; și *căutarea aprobării*, credința că individul trebuie să caute constant să aparțină și să fie acceptat, cu costul dezvoltării unui adevărat sentiment de sine (Bernstein, 2002).

Abordarea interpersonală

Pentru Benjamin (2003a), intervențiile psihoterapeutice cu indivizii cu tulburare de personalitate evitantă pot fi planificate și evaluate în funcție de capacitatea lor de a spori colaborarea, de a facilita învățarea despre tiparele dezadaptative și originile acestora, de a bloca aceste tipare, de a amplifica voința de schimbare și de a încuraja în mod eficient noile tipare.

Din fericire, indivizii evitanți știu deja cum să relaționeze cu câteva persoane alese, astfel încât un terapeut care dă dovadă de susținere le poate oferi cu ușurință un spațiu securizant. Persoanele evitante răspund favorabil la empatia autentică și sprijinul cald. Treptat, pe măsură ce împărtășesc lucruri intime și sentimente de inadecvare, vinovăție sau rușine, ei încep să-și crească autoacceptarea. Abia atunci pot începe realist să-și exploreze tiparele dezadaptative. Din moment ce sunt extrem de sensibili față de critici, confruntările premature trebuie evitate.

Schimbările reconstructive generale vor avea loc numai dacă aceste persoane înțeleg și evaluează impactul tiparelor dezadaptative într-un mod care să le ajute să se decidă să se schimbe. Benjamin recomandă terapia de cuplu pentru persoanele evitante implicate în mariaje sau relații de lungă durată. În mod tipic, aceste relații sunt caracterizate printr-un nivel de intimitate care asigură distanța interpersonală și siguranța pentru partenerul evitant. Un astfel de tipar de ascundere la zona de periferie a relațiilor își are adeseori sursele într-o loialitate inconștientă față de mandatul familial care cere ca indivizii evitanți să rămână izolați și în siguranță. În terapia de cuplu, clinicianul va bloca încercările partenerilor de a se umili și a se insulta reciproc, care justificau mai înainte retragerea individului evitant. Cea mai dificilă sarcină terapeutică pentru persoanele evitante este să se decidă să sacrifice beneficiile tiparelor dezadaptative și să accepte riscul dezvoltării unor noi tipare. Insight-ul privind umilirea și loialitatea față de părinți sau frați abuzivi e insuficient. Totuși, Benjamin consideră că încurajarea constantă oferită într-un context de indicații competente și protectoare încurajează schimbarea.

Fiore, Dimaggio, Nicolo, Giuseppe, Semerari și Carcione (2008) au relatat un studiu de caz, folosind terapia metacognitivă

interpersonală pentru tratarea unui manager din domeniul IT, în vârstă de 48 de ani, diagnosticat cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă și tulburare de personalitate evitantă. Acesta a finalizat atât terapia individuală, cât și pe cea de grup pentru a-și atinge obiectivele de modulare a perfecționismului, reducere a comportamentelor evitante și recunoaștere a dorințelor reprimite. La un an după tratament, bărbatul nu mai îndeplinea toate criteriile pentru vreuna dintre tulburările de personalitate. Gilbert și Gordon (2012) au raportat și ei cazul unei absolvente în vârstă de 24 de ani, care a fost tratată cu terapie interpersonală pentru tulburare de personalitate evitantă și depresie. După doi ani de terapie interpersonală bilunară și antrenament al abilităților (un total de 44 de ședințe), participantea a înregistrat ameliorări în zona încrederii în sine, a acuzelor somatice, îngrijorărilor, anxietății și depresiei.

Terapia de grup

De obicei, pacienților cu tulburare de personalitate evitantă le este teamă de terapia de grup, la fel cum le este teamă de alte situații noi și solicitante din punct de vedere social. Tocmai din acest motiv e posibil ca terapia de grup să fie în mod specific deosebit de eficientă cu pacienții evitanți care pot fi convinși și provocați de rol să-și asume expunerea (Yalom, 1975). Terapia empatică de grup îi poate sprijini pe acești indivizi să-și depășească anxietățile sociale și să dezvolte încredere și relații interpersonale. Terapia de grup le oferă indivizilor evitanți ocazia de a aparține și de a se simți doriți, ceea ce le pune sub semnul întrebării credințele negative anterioare pe care le aveau despre ei înșiși. Ceilalți membri ai grupului pot

oferi feedback pozitiv despre comportamentul în grup care contracarează imaginea de sine a individului evitant, iar terapeutul poate întări acest feedback în terapia individuală (Fiore et al., 2008). Benjamin (2003a) susține că terapia de grup sigură, în care terapeutul blochează comportamentul negativ sau abuziv („insultele”) din partea altor membri, poate avea beneficii enorme în domeniile acceptării de sine și dezvoltării abilităților sociale.

Îmbinarea terapiei cognitive cu antrenamentul abilităților sociale pare a fi eficientă. Alden (1989) a inclus aspecte ale terapiei cognitive în procesul de grup. Acestea au fost: (1) identificarea temerilor subiacente, (2) creșterea conștientizării privind anxietatea legată de temeri, și (3) schimbarea focusului atenției de la gândirea centrată pe frică la acțiunea comportamentală. Informațiile didactice, modelarea și exersarea jocului de rol au reprezentat tehnicile de bază incluse în ședințe. Stravynski, Grey și Elie (1987) au constatat că un curs mai succint al terapiei de grup centrate pe antrenamentul abilităților sociale poate fi foarte eficient în ameliorarea deficitelor abilităților sociale, care exacerbează anxietatea legată de relaționarea socială.

Acest gen de persoane tinde să evite activitățile care presupun un contact interpersonal semnificativ, de teama ca nu cumva să fie expuse sau ridiculizate. De aceea, le ia mai mult timp să se adapteze contextului de grup și să înceapă să participe activ la tratament. Rolul terapeutului de grup în stabilirea ritmului dezvoltărilor și implicării în grup a pacientului evitant poate fi foarte important (Cramer Azima, 1983). Rennenberg et al. (1990) au observat că pacienții cu această tulburare erau atât de intens anxioși și evitanți, încât trecerea directă la antrenamentul abilităților sociale și exersarea comportamentală era

neproductivă. Stravynski, Grey și Elie (1987) sugerează să se înceapă cu antrenamentul de relaxare progresivă și cu desensibilizarea sistematică. Exersarea comportamentală a fost folosită în grup pentru expunere, în sine un tratament eficient pentru fobia socială (Stravynski, Marks și Yule, 1982). Turner a folosit, de asemenea, comunicarea și antrenamentul abilităților sociale și în timpul exersării comportamentale.

Activitățile structurate îi vor ajuta pe indivizii evitanți să organizeze modul în care gândesc și acționează, astfel încât să fie mai eficienți în terapie. Alden (1989) a stabilit obiective specifice pentru pacienți, pe care aceștia să le ducă la îndeplinire între ședințe, cu scopul de a extinde generalizarea de la ședințele de tratament la viața cotidiană. Pacienții au selectat mai multe sarcini sociale pentru a fi încercate, începând cu situațiile mai ușoare și progresând spre cele mai dificile. În contextul de grup, Alden a introdus și antrenamentul abilităților sociale. A fost prezentat procesul formării prietenilor, iar clienții au fost încurajați să includă aceste abilități în sarcinile lor săptămânale. Au fost descrise patru seturi de abilități comportamentale care facilitează relaționarea cu ceilalți, care au fost apoi modelate de terapeut și discutate și exersate de către membrii grupului. Acestea au inclus abilitatea de a asculta/a fi prezent, sensibilitatea empatică, autodezvăluirea adecvată și asertivitatea plină de respect.

Rennenberg et al. (1990) au descoperit că acele câștiguri de tratament obținute prin intervenția de grup au fost stabile de-a lungul unui an; totuși, cei mai mulți pacienți au continuat cu terapia individuală, după ce au finalizat tratamentul de grup. Este foarte posibil ca terapia realizată în continuare să fi fost utilă pentru întărirea și menținerea câștigurilor obținute în timpul programului de tratament în grup. Au fost semnalate modificări

importante din punct de vedere clinic de către pacienții înșiși sau de către terapeuții lor din terapia individuală. Subiecții tratați au relatat o scădere a reticenței sociale, mai puține interferențe la serviciu și în situații sociale cauzate de anxietatea socială, mai puține simptome de anxietate socială și o mai mare satisfacție față de activitățile sociale (Alden, 1989). Wilberg, Karterud, Urnes, Pedersen și Friis (1999) au măsurat eficiența grupurilor de terapie cognitiv-comportamentală pentru indivizii cu tulburări de personalitate, dintre care cei mai mulți erau diagnosticați ca fiind evitanți. Autorii au descoperit îmbunătățiri semnificative pentru cei care au participat în grupuri, comparativ cu cei care nu au participat. Harper (2004) a observat că indivizii evitanți care finalizaseră un program de terapie comportamentală de grup au obținut mai multe îmbunătățiri într-o serie de domenii, comparativ cu grupul de control.

Terapia de cuplu și terapia de familie

Deși indivizii evitanți au nevoie să recunoască modul în care s-au format actualele lor tipare disfuncționale, ei trebuie să se concentreze asupra experiențelor interpersonale actuale cu persoanele semnificative din viața lor. Întrucât, de obicei, indivizii cu tulburare de personalitate evitantă le oferă clinicienilor descrieri vagi ale experiențelor lor interpersonale, alte persoane pot fi utile în completarea lacunelor importante de informație. Tratamentele de cuplu și familie pot fi indicate pentru a stabili o structură familială care să ofere mai mult spațiu pentru experiențe interpersonale în afara cercului familiei restrânse (Gurman și Kniskern, 1991). Benjamin (2003a) recomandă terapia de cuplu pentru persoanele evitante aflate în mariaje sau relații

de lungă durată, întrucât, de obicei, acestea sunt caracterizate de o intimitate care asigură distanța interpersonală și siguranța pentru partenerul evitant. În plus, autoarea menționează că cei cu tulburare de personalitate evitantă se pot simți nelocali atunci când discută orice tip de umilire sau abuz trăit în familia de origine, ceea ce poate crea un obstacol în participarea familiei la terapie. Dacă, totuși, sunt de acord să participe, membrii familiei pot agrava lucrurile, luându-l peste picior pe terapeut, tratamentul sau dorința individului de schimbare.

Medicația

În prezent, nu există medicamente psihotrope indicate specific pentru tratarea tulburării de personalitate evitantă (Silk și Feurino, 2012). Cu toate acestea, medicația este folosită pentru a viza simptome perturbatoare specifice asociate cu tulburarea, cum ar fi depresia, anxietatea sau problemele de somn. În general, aceste medicamente sunt folosite ca adjuvant alături de psihoterapie și antrenamentul diferitelor abilități. Deoarece simptomele perturbatoare răspund adeseori la medicație mai rapid decât în cazul celor mai multe intervenții psihologice, medicamentele sunt, de obicei, prescrise la începutul tratamentului. Din nefericire, există puține date de cercetare care să ofere linii directoare pentru folosirea unor astfel de medicamente. Totuși, din cauza comorbidității cu tulburarea de anxietate socială, s-a speculat că această tulburare de personalitate ar putea răspunde bine la medicația cu efecte de reducere a anxietății, precum inhibitorii selectivi ai recaptării serotonergice (SSRI). Avem acum dovezi din partea unui lot de control randomizat că indivizii cu tulburare de personalitate evitantă răspund, într-adevăr, la

Abordări combinate și integrate ale tratamentului

Experiența clinică ne dezvăluie că mulți indivizi cu tulburare de personalitate evitantă sunt, adeseori, incapabili să se concentreze pe relația pacient-clinician în măsura necesară, pentru a lucra într-o terapie pur dinamică. Millon și Davis (2000) sugerează o prognoză globală negativă pentru tulburarea de personalitate evitantă, tocmai pentru că trăsăturile problematice ale acestei tulburări reprezintă antiteza a ceea ce face ca psihoterapia să aibă succes, adică o relație deschisă și bazată pe încredere. Similar, mulți au dificultăți în a utiliza pe deplin intervențiile cognitiv-comportamentale în contextul interpersonal al terapiei. Prin urmare, ar putea fi necesară o strategie integrativă de tratament. Alden (1992) descrie integrarea abordărilor cognitivă și psihodinamic-interpersonală. Desigur, abordarea cognitivă se bazează pe Beck, Freeman și asociații (1990), iar cea psihodinamic-interpersonală se bazează pe psihoterapia dinamică limitată în timp, dezvoltată de Strupp și Binder (1984).

Tiparele cognitiv-interpersonale care caracterizează personalitatea evitantă constau în credințe disfuncționale de a fi diferit sau defect din punct de vedere biologic, precum și credințe că aceste defecte și trăiri le sunt vizibile celorlalți care vor reacționa cu dezgust, dezaprobare sau desconsiderare. Indivizii tind să se protejeze, așteptând de la clinician să le ofere o direcție și subestimând sau chiar reținându-și emoțiile și reacțiile pe care se tem că le va dezaproba clinicianul. Prin urmare, sarcina esențială a clinicianului este să lucreze în colaborare cu pacientul, pentru

a-i modifica acestuia stilul cognitiv-interpersonal. Alden (1992) descrie patru pași în această abordare integrativă. Primul pas este recunoașterea problemelor ce țin de procesul de tratament. Clinicianul trebuie să observe rapid că acești pacienți tind să rețină sau să minimizeze informațiile semnificative clinice. Clinicienii ar trebui să se aștepte ca acești pacienți să răspundă întrebărilor directe prin „Nu sunt sigur” sau „Nu știu.” Astfel de răspunsuri evazive și evitante caracterizează procesul de gândire și îi împiedică pe acești pacienți să encodeze detaliile despre întâlnirile sociale.

Din nefericire, clinicienii se pot surprinde pe ei înșiși interpretând „rezistența” sau concentrându-se pe credințe și comportamente interpersonale globale, vagi, ca obiective de tratament. În oricare dintre cazuri, clinicianul și pacientul deopotrivă se vor simți descurajați, iar rezultatele tratamentului vor fi limitate. Mai mult, „lipsa de speranță” și depresia molipsitoare ale pacientului evitant trebuie puse, în mare parte de către clinicieni, pe seama incapacității acestuia de a procesa informațiile pozitive, a neatenției și a credințelor și schemelor sale negative adânc înrădăcinate.

Cel de-al doilea pas constă în creșterea conștientizării tiparelor cognitiv-interpersonale. Pacienții trebuie încurajați să-și observe întâlnirile interpersonale în afara ședințelor, prin auto-monitorizare și ținerea unui jurnal. Alden menționează patru componente ale tiparului interpersonal: credințele și așteptările pe care acești indivizi le au din partea celorlalți; comportamentul care derivă din aceste credințe; reacția celorlalți față de ei; concluzia pe care o extrag ei din experiență. Pe măsură ce se desfășoară acest proces de auto-observare și analiză, pacienții ajung să-și dea seama că modul în care înțeleg ei mutual

186 problema interpersonală este incomplet și de acolo emerge un tipar frecvent. Rolul clinicianului este să atragă atenția asupra credințelor care stau la baza percepției de sine, care, la rândul ei, duce la comportamente de autoprotecție.

Pasul trei se concentrează asupra strategiilor alternative. Pe măsură ce pacienții recunosc și înțeleg acest tipar și stil cognitiv-interpersonal, clinicianul le poate crește motivația de a încerca noi comportamente, ajutându-i să recunoască existența conflictului dintre vechile și noile percepții despre sine și faptul că acest conflict poate fi aplanat. Sprijinul acordat pacienților în a-și integra credințele actuale cu experiențele interpersonale anterioare îi ajută să înțeleagă că temerile și așteptările lor sociale au rezultat parțial din temperamentul lor și din felul în care au fost crescuți. Pe măsură ce pacientul continuă să identifice și să-și înțeleagă tiparele cognitiv-interpersonale, el începe să încerce noi strategii, fie de unul singur, fie la îndemnul clinicianului.

Pasul patru presupune experimentul comportamental și evaluarea cognitivă. Aceste strategii terapeutice sunt discutate în detaliu de Beck, Freeman și colaboratorii (1990), către care îi trimitem pe cititori. Formarea prietenilor și comunicarea asertivă reprezintă cele două abilități interpersonale fundamentale pe care pacientul evitant trebuie să le dezvolte. Jocul de rol și teme regizate sunt, în mod special, folositoare aici. În plus, exercițiile de antrenament al abilităților sociale concepute de Zimbardo (1977) au fost foarte utile în tratarea pacienților evitanți. Pacienții sunt ghidați, cu blândețe, prin exerciții care să le dezvolte abilitățile de comunicare asertivă. De fapt, întreaga carte reprezintă un complement extrem de valoros la tratarea personalității evitante.

Abordări combinate/integrative ale tratamentului

187

Premisa fundamentală a acestei cărți este că o unică modalitate de tratament cum este psihoterapia poate fi eficientă pentru individul cu tulburare de personalitate înalt funcțional, dar mai puțin eficientă pentru indivizii cu funcționare moderată, și puternic ineficientă pentru indivizii care prezintă o disfuncționalitate mai serioasă. Pacienții cu funcționare mai redusă tind să răspundă mai bine la modalitățile de tratament combinate. Modalitățile combinate includ intervenția psihoterapeutică integrativă, alături de medicație și/sau tratament de grup, cum ar fi terapia de grup sau grupurile de sprijin. Așa cum am menționat în secțiunea despre terapia de grup, pacienților evitanți le este foarte dificil în orice tip de grup. Ideal, pacienții evitanți cu funcționare mai redusă ar trebui implicați simultan atât în terapia individuală, cât și în cea de grup. Atunci când așa ceva nu este posibil, ședințele de grup din cadrul antrenamentului orientat pe abilități, limitat în timp, sau un grup de sprijin pot fi suficiente. Conștienți de faptul că tiparul de evitare și inhibiție socială face ca intrarea și rămânerea lor în grupuri de terapie să genereze distres, ședințele individuale ar trebui să se centreze asupra adaptării pacientului la grup.

În primele stadii ale tratamentului, medicația este, adeseori, necesară și poate fi deosebit de utilă în reducerea suferinței și a comportamentelor de autoprotecție în timpul tranziției către grupul de tratament, care se desfășoară în paralel.

Comorbiditatea dintre tulburările de personalitate și tulburările legate de consumul de substanțe este foarte frecventă, unii autori estimând că o tulburare de personalitate este prezentă la 90% dintre cei care sunt tratați pentru adicție polivalentă

(Rentrop, Zilker, Lederle, Birkhofer și Horz, 2014). Dimaggio et al. (2015) au realizat un studiu de caz pe un muzician în vârstă de 43 de ani care avea în comorbiditate o tulburare de personalitate evitantă și o tulburare a consumului de substanțe (heroină). Tratamentul a avansat conform unor stadii, după cum urmează: terapie medicamentoasă pentru gestionarea simptomelor abstenenței de heroină; formarea unei legături terapeutice; sprijinirea conștientizării emoțiilor și a factorilor declanșatori; explorarea schemelor interpersonale dezadaptative; înțelegerea legăturii dintre evenimentele interpersonale și uzul de substanțe; dobândirea unei distanțe față de schemele dezadaptative; și folosirea unor abilități adaptative de a face față în loc de a recurge la substanță.

Pentru a depăși dificultatea tratării celor cu personalitate evitantă, dificultate indusă de comportamentul lor de evitare la nivel social, emoțional și cognitiv, au fost explorate unele tratamente inedite. Eikenaes, Gude și Hoffart (2006) au relatat despre un studiu cvasi-experimental care integrează tratamentul tradițional din cadrul de internare cu un program desfășurat în sălbăticie, totul cu rezultate pozitive.

Tulburarea de personalitate borderline

Indivizilor cu tulburare de personalitate borderline tinde să le lipsească sentimentul de sine și, drept urmare, ei trăiesc frică de abandon și un sentiment de vid interior. Există, de asemenea, probabilitatea să trăiască relații intense, dar instabile, instabilitate emoțională, izbucniri de furie, violență și impulsivitate. Amenințările cu suicidul și actele de autovătămare sunt și ele obișnuite.

Dintre toate tulburările de personalitate, tulburarea de personalitate borderline (TPB) reprezintă cea mai mare preocupare pentru clinicieni. Mai specific, mulți clinicieni consideră că această tulburare este netratabilă, iar convingerea aceasta persistă în ciuda dovezilor din zona cercetărilor, care atestă contrariul. În realitate, despre această tulburare au fost publicate mai multe studii decât despre oricare altă tulburare de personalitate, iar cercetările indică tot mai mult că tulburarea este destul de tratabilă. De exemplu, Zanarini și colegii (Zanarini et al., 2010) au urmărit aproape 300 de persoane într-un studiu prospectiv, de-a lungul unei perioade de mai bine de 10 ani. Ei au descoperit că jumătate dintre acești indivizi au obținut recuperarea totală.

Acest lucru însemna că nu mai îndeplineau criteriile de diagnostic pentru această tulburare și au dobândit și o funcționare socială și profesională convenabile. Vestea bună adusă de acest important studiu prospectiv este că, pentru indivizii cu această tulburare, tratamentul poate avea destul de mult succes.

Capitolul de față descrie un cadru pentru evaluarea și tratamentul eficient al acestei tulburări. Sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz și intervențiile de tratament. Se începe cu informații de fond despre tulburare, precum și cu o descriere DSM-5 și o descriere prototip a tulburării. Secțiunea privind conceptualizarea de caz oferă cinci formulări clinice generale ale acestei tulburări: psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală, interpersonală și o conceptualizare integrativă a tulburării. De asemenea, sunt descrise mai multe metode de tratament, modalități și strategii de intervenție. Printre acestea se numără psihoterapia individuală, terapia de grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat.

Descrierea tulburării de personalitate borderline

Tulburarea de personalitate borderline poate fi recunoscută cu ajutorul următorilor descriptori sau caracteristici: stil vs. tulburare, eveniment declanșator, stil comportamental, stil interpersonal, stil cognitiv, stil afectiv, stil de atașament și criteriu optim de diagnostic.

Stil vs. Tulburare. Personalitatea borderline poate fi concepută ca acoperind un continuum de la sănătate la patologic, în care stilul de personalitate borderline se află la extrema sănătății, iar tulburarea de personalitate borderline se află la extrema

patologiei. Tabelul 5.1 compară și diferențiază stilul de personalitate borderline de tulburarea cu același nume.

TABELUL 5.1 Comparație între stilul de personalitate și tulburarea de personalitate borderline

Stilul de personalitate	Tulburarea de personalitate
Menținerea unor relații interpersonale stabile, în care percepțiile pozitive și negative despre celălalt sunt integrate, mai degrabă decât polarizate.	Tipar de relații intense și instabile, marcate de alternarea dintre devalorizare și hiperidealizare.
Niveluri scăzute de impulsivitate, care se încadrează în gama normală tolerată cultural și nu provoacă afectarea propriei persoane sau a celorlalți.	Comportament impulsiv care poate fi autodistructiv, cum ar fi cheltuitul, relațiile sexuale, abuzul de substanțe, furtul din magazine, condusul riscant sau mâncatul compulsiv.
Stabilitate afectivă, cu niveluri tolerabile ale emoțiilor negative.	Instabilitate afectivă, cu treceri semnificative de la dispoziția de bază la depresie, iritabilitate sau anxietate, care durează de obicei câteva ore și doar, arareori, mai mult de câteva zile.
Capacitatea de a gestiona și a dispersa furia în moduri adecvate contextului în care aceasta apare.	Furie inadecvată și intensă sau dificultate de a o controla, de exemplu, manifestări frecvente de mânie, furie constantă, violență fizică repetată.
Sentiment de conexiune cu sine, cu corpul și cu locul său în lume.	Sentimente cronice de plictiseală sau vid interior.

A avea un sentiment de sine adecvat constant în timp, fără a fi excesiv de inflexibil sau de maleabil.

Capacitatea de a tolera și gestiona experiențele de pierdere; capacitatea de a evalua realist abandonul și pierderea.

Absența comportamentului suicidar, a gesturilor și amenințărilor (este exclusă ideea suicidară), a comportamentului de automutilare.

Capacitatea de a gestiona situațiile stresante și de a rămâne prezent din punct de vedere cognitiv și fizic.

O perturbare marcată și persistentă a identității, cu nesiguranțe privind cel puțin două dintre următoarele: imagine de sine, orientare sexuală, obiective pe termen lung sau alegeri în carieră, tipul de prieteni dorit, valori preferate.

Eforturi susținute pentru a evita experiențele de abandon imaginate sau reale.

Gesturi, comportament suicidar și amenințări repetate cu suicidul sau comportament de automutilare repetat.

Ideație paranoidă tranzitorie, indusă de stres sau simptome disociative severe.

Următoarele studii de caz exemplifică, în continuare, diferențele dintre tulburarea de personalitate borderline — dl J. — și stilul de personalitate borderline — dra P.

STUDIU DE CAZ: TULBURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE

Dl J., 31 de ani, este un șomer care a fost trimis la camera de gardă a spitalului de către terapeutul său de la un centru comunitar pentru sănătate mentală, după două zile de tentative suicidare repetate. J. părea a fi funcționat normal până în ultimul an de liceu, când a devenit interesat de meditația transcendentă.

În primul semestru de facultate, i-a fost foarte dificil să se concentreze și părise să-și fi concentrat energia mai ales asupra găsi-rii unui guru spiritual. Uneori, îl copleșeau trăiri de intensă anxietate și sentimente de vid interior, stări despre care a descoperit că dispăreau brusc dacă se tăia ușor la încheieturi, atât cât să curgă sânge. J mergea la terapeutul actual de 18 luni, devenind tot mai ostil și exigent ca pacient, deși, anterior, fusese destul de cucerit de empatia și de intuiția terapeutului său. În ultima vreme, viața sa părea să se fi concentrat asupra acestor două ședințe de terapie săptămânale. Gândurile suicidale recente ale dlui J au apărut în urma dezvăluirii făcute de terapeut că se va muta din regiunea respectivă.

STUDIU DE CAZ: STILUL DE PERSONALITATE BORDERLINE

Dra P. este o masterandă în Literatură Orientală, în vârstă de 29 de ani. Și-a încheiat cu note maxime cursurile în afaceri și management la universitate și plănuise ca, în toamnă, să-și înceapă MBA-ul. Vacanța de vară petrecută în Japonia și China i-a schimbat dramatic viața. Janice s-a îndrăgostit de Orient: de oameni, de mâncare, de obiceiuri, de atmosferă, dar, în special, de un profesor de literatură pe care l-a cunoscut la universitatea din Tokyo. S-a îndrăgostit nebunește de el de când l-a întâlnit și și-a petrecut următoarele săptămâni, înaintea zborului înapoi spre Statele Unite, total captivată de poezia, poveștile și viața acestui bărbat. Deși el era căsătorit, la acea vreme soția lui se afla singură într-o vacanță. Janice era chinuită la gândul întoarcerii acasă, chiar dacă profesorul încheiase relația cu ea. Janice fusese dărâmată, văzând că el nu voia să-și părăsească soția. Cu toate acestea, a revenit la

universitate cu dorința arzătoare de a se cufunda în studiul literaturii orientale. Dar fantasma să se întoarcă la Tokyo ca profesor invitat, lucrând alături de iubirea vieții ei, cu obiectivul de a-l avea, în cele din urmă, numai pentru ea. Totuși, deși se descurca bine la cursuri, intra ocazional în contact cu furia și suferința trăite de ea în vara aceea. La mijlocul primului semestru a întâlnit un masterand oriental uluitor, de care s-a îndrăgostit imediat.

Evenimentul declanșator. Situația tipică, circumstanța sau evenimentul care, cel mai probabil, declanșează sau activează răspunsul caracteristic dezadaptativ al tulburării de personalitate borderline (Othmer și Othmer, 2002), după cum se observă în stilurile comportamentale, interpersonale, cognitive și afective, constă în: „eforturi susținute pentru a evita abandonul real sau imaginar.“

Stil comportamental. Din punct de vedere comportamental, persoanele borderline se caracterizează prin acte fizice de autovătămare, cum ar fi gesturi suicidare, automutilare sau provocarea unor conflicte fizice. Realizările lor sociale și profesionale sunt adesea mai reduse, comparativ cu cât le-ar permite inteligența și abilitățile. Dintre toate tulburările de personalitate, în cazul persoanelor cu tulburare borderline există o mai mare probabilitate de a prezenta neregularități ale ritmurilor circadiene, mai ales ale ciclului somn — veghe. Prin urmare, insomnia cronică reprezintă o acuză frecventă.

Stil interpersonal. Din punct de vedere interpersonal, persoanele borderline se caracterizează prin instabilitatea lor paradoxală. Acest lucru înseamnă că oscilează rapid, pe de o parte, între idealizarea și agățarea de un individ și, pe

de altă parte, devalorizarea și comportamentul opozant față de acesta. Persoanele cu tulburare de personalitate borderline sunt extrem de sensibile la respingere și trăiesc depresia de abandon în urma celui mai redus factor de stres. Millon și Davis (1996) consideră anxietatea de separare ca fiind factorul motivator fundamental al acestei tulburări de personalitate. Relațiile interpersonale se dezvoltă mai degrabă rapid și intens, însă adaptabilitatea socială a acestor persoane este destul de superficială. Sunt extrem de intoleranți la a fi singuri și se străduiesc din răspuțeri să caute compania altora, sub forma relațiilor sexuale întâmplătoare, a apelurilor telefonice târzii la rude și cunoștințe recente sau a vizitelor nocturne la camerele de gardă ale spitalelor, cu o mulțime de acuze vagi medicale și/sau psihiatrice.

Stil cognitiv. Stilul cognitiv al indivizilor cu tulburare de personalitate borderline este descris ca fiind inflexibil și impulsiv (Millon, 1981). Inflexibilitatea stilului lor este caracterizată prin abstractizări rigide, care duc cu ușurință la percepții grandioase și idealizate despre ceilalți, nu ca persoane reale, ci ca personificări ale indivizilor „în întregime buni” sau „în întregime răi”. Ei judecă prin analogii cu experiențele trecute și, astfel, le este dificil să aibă un raționament logic și să învețe din experiențele și relațiile trecute. Deoarece au un loc al controlului extern, persoanele cu stil borderline îi învinovățesc, de obicei, pe ceilalți atunci când ceva nu este în regulă. Dacă și-ar accepta responsabilitatea pentru propria incompetență, indivizii cu stil borderline consideră că s-ar simți și mai lipsiți de putere în a-și modifica circumstanțele. În consecință, emoțiile lor fluctuează între speranță și disperare, deoarece consideră că circumstanțele externe sunt cu mult în afara controlului lor

196 (Shulman, 1982). Stilul lor cognitiv este, de asemenea, marcat de impulsivitate și, la fel cum ei oscilează între idealizarea și devalorizarea celorlalți, gândurile lor trec de la o extremă la alta: „Îmi plac oamenii, nu, nu îmi plac oamenii”; „E bine să ai obiective, nu, nu e bine”; „Trebuie să mă adun, nu, nu pot, nu există speranță”. Această inflexibilitate și impulsivitate complică procesul de formare a identității. Nesiguranța lor privind imaginea de sine, identitatea de gen, obiectivele, valorile și alegerile profesionale reflectă această poziție impulsivă și inflexibilă. Gerald Adler (1985) a sugerat că indivizii cu tulburare de personalitate borderline posedă o capacitate de evocare a memoriei subdezvoltată, astfel încât le este dificil să-și amintească imagini și stări emoționale, care i-ar putea structura și alina, în momente de tumult. Inflexibilitatea și impulsivitatea lor sunt observate în continuare sub forma tendinței lor către „clivaj”, adică incapacitatea de a sintetiza trăsături contradictorii, astfel încât individul îl vede pe celălalt fie în întregime bun, fie în întregime rău și utilizează „identificarea proiectivă”, adică atribuie altora propriile emoții negative sau periculoase. Stilul lor cognitiv se caracterizează și prin incapacitatea de a tolera frustrarea. În sfârșit, atunci când acești indivizi se află sub un nivel mare de stres pot fi observate episoade micropsihotice. Este vorba despre procese de gândire neclare, stranii, observate mai ales ca răspuns față de situațiile nestructurate, mai degrabă decât față de cele structurate și care pot lua forma derealizării, depersonalizării, reacțiilor de furie intense, reacțiilor neobișnuite la consumul de droguri și episoadelor tranzitorii paranoide intense. Din cauza dificultăților de focalizare a atenției și pierderii ulterioare a informațiilor relevante, indivizii cu borderline au, de asemenea, o capacitate diminuată de procesare a informației.

Stil afectiv. Stilul emoțional al persoanelor cu această tulburare se caracterizează prin modificări emoționale semnificative de la o dispoziție normală sau eutimie la o dispoziție disforică. În plus, pot fi ușor declanșate trăiri de furie și mânie inadecvate și intense. La cealaltă extremă sunt sentimente de gol interior, „vid” interior profund sau plictiseală.

Stil de atașament. Persoanele cu percepții oscilante despre sine și despre ceilalți manifestă un stil de atașament dezorganizat; „Atașamentul dezorganizat se dezvoltă în urma experiențelor repetate în care persoana de îngrijire pare a fi înspăimântată sau înspăimântătoare pentru copil” (Siegel, 1999, p. 117). Acest stil este asociat cu simptomatologia disociativă, care amplifică vulnerabilitatea acestor persoane față de tulburarea de stres post-traumatic. Tulburarea de personalitate borderline se caracterizează printr-o structură de personalitate instabilă, care pare să treacă prin diversele stiluri de atașament nesecurizante, generând un profil dezorganizat, numit stilul de atașament dezorganizat (Lyddon și Sherry, 2001).

Criteriul optim de diagnostic. Dintre toate criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate borderline, unul a fost identificat ca fiind cel mai util în diagnosticarea acestei tulburări. Convingerea este că, începând cu acest criteriu, clinicianul poate testa prezența sau absența criteriului și poate diagnostica mai repede tulburarea de personalitate (Allnutt și Links, 1996). Criteriul optim pentru această tulburare este: a face eforturi susținute pentru a evita abandonul real sau imaginat (Allnutt și Links, 1996).

Abuzul în copilărie și etiologia. Există tot mai multe dovezi din cercetare care arată că, în cazul adulților cu tulburări de personalitate și, în special, al celor cu tulburare de personalitate borderline, există un istoric de abuz sau neglijare timpurie (Van der

198 Kolk, Perry, și Herman, 1989; Zanarini et al., 2010). Bernstein (2002) arată că, în cazul adulților diagnosticați cu tulburare de personalitate borderline, sunt observate istorii de abuz emoțional sever în copilărie. Datele referitoare la abuzul sexual în rândul indivizilor cu această tulburare sunt cutremurătoare, în sensul că probabilitatea ca un astfel de individ să aibă o tentativă de suicid la maturitate este de 10 ori mai mare decât a celor care nu au fost niciodată abuzați sexual (Soloff, Lynch și Kelly, 2002).

Mulți clinicieni au ajuns să presupună că această tulburare este cauzată de un astfel de abuz în copilărie. Cercetările susțin, în mare, această presupunere. Totuși, cercetările nu sugerează că abuzul este cauza principală a tuturor cazurilor de tulburare de personalitate borderline. Dar, mai exact, cât de prevalentă este o astfel de traumă în rândul celor care se prezintă pentru tratament? Un studiu metaanalitic recent (Fossatti, Madeddu și Maffei, 1999) arată că, în rândul indivizilor diagnosticați cu tulburare de personalitate borderline, prevalența ratelor de abuz se află undeva în jurul a 60–80%. Acest lucru înseamnă că 20–40% dintre aceste persoane *nu* relatează astfel de întâmplări. E posibil ca acestea să fie așa-numitele persoane borderline „înalt funcționale”. Cu alte cuvinte, deși există trasee traumatice în dezvoltarea tulburărilor de personalitate, există și trasee non-traumatice. O implicație importantă pentru tratament este că astfel de clienți, care nu au fost traumatizați, ci mai degrabă este posibil să fi fost răniți altcumva în copilărie în eforturile lor de a-și satisface nevoile emoționale, pot răspunde unei game mai largi de intervenții terapeutice decât abordările mai focalizate, precum terapia comportamentală dialectică. Aceste alte intervenții ar putea include intervențiile exploratorii, de dezvăluire și abreactive, care au o probabilitate mai redusă de a fi

regresive sau iatrogene decât în cazul clienților cu istoric de traumă (Graybar și Boutilier, 2002).

199

Descrierea DSM-5

Indivizii cu această tulburare de personalitate sunt caracterizați printr-un tipar pervaziv de relații, reacții emoționale și identitate instabile și prin impulsivitate. Ei se implică în eforturi susținute pentru a evita abandonul, real sau imaginat. Relațiile lor interpersonale sunt intense, instabile și alternează între extremele idealizării și devalorizării. Au probleme cronice de identitate și un sentiment de sine instabil. Impulsivitatea lor poate determina acțiuni autodestructive, cum ar fi condusul riscant sau folosirea de droguri, mâncatul compulsiv sau activitățile sexuale cu risc înalt. Acești indivizi se implică în amenințări și gesturi suicidare recurente, comportament de punere în act sau comportament de automutilare. Pot manifesta dispoziții marcat reactive, trăiri cronice de vid interior, izbucniri emoționale și dificultate în a-și controla furia. Ei pot avea și episoade scurte de gândire paranoidă, induse de stres, sau episoade severe de disociere (American Psychiatric Association, 2016).

„Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate” oferă o altă descriere a acestei tulburări (American Psychiatric Association, 2016). Tulburarea este descrisă ca instabilitate a imaginii de sine, a strădaniilor orientate către un obiectiv, a relaționării interpersonale și a afectelor, însoțită de impulsivitate, ostilitate și asumare de riscuri. Sunt observate dificultăți caracteristice la nivelul identității, autonomiei personale, empatiei și intimității, precum și ostilitate, asumare de riscuri, impulsivitate, depresie și nesiguranță privind separarea.

Acești indivizi au relații intense și frustrante care încep cu mari speranțe, dar degenerază previzibil în conflicte și dezamăgiri. Deoarece sunt îngroziți de ideea de a fi abandonati, îi îndepărtează pe ceilalți cu cerințe nerealiste, furie neînțetată și expectații autoîmplinite de abandon. Pierderile reale sau imaginate pot duce la tentative de sinucidere sau la automutilare. Rezultatul constă în relații distructive repetate și un sentiment de sine fragil. Ei se pot implica în comportamente sexuale și agresive impulsive. Ratele de suicid sunt ridicate la astfel de indivizi. Cu toate acestea, cei care supraviețuiesc pot găsi un oarecare echilibru și o seninătate la mijlocul vieții (Frances, 2013).

Prevalența

Prevalența acestei tulburări a fost estimată undeva între 1,6 și 5,9% din populația generală. În cabinetele de medicină generală sau de familie cifra ajunge la 6%, dar la 10% în ambulatoriile spitalelor și la 20% în cazul pacienților internați (American Psychiatric Association, 2016).

Conceptualizări ale tulburării de personalitate borderline

Conceptualizarea de caz psihodinamică

Kernberg (1975) vizează sub-faza de reapropiere din teoria separare-individuare privind dezvoltarea a lui Mahler, ca fiind punctul de fixație pentru patologia borderline. În această

fază, copiilor le lipsește constanța obiectului și, prin urmare, nu pot integra aspectele bune și rele ale lor sau ale mamei lor. Nici nu se pot separa de mamă, deoarece mai au încă de internalizat maniera liniștitoare a acesteia, care să îi sprijine pe durata absenței ei fizice. Kernberg indică o perturbare a disponibilității emoționale a mamei în timpul sub-fazei de reapropiere, perturbare care poate fi atribuită excesului constituțional de agresivitate a copilului, problemelor materne cu parentajul sau ambelor.

Masterson (1976) și Masterson și Klein (1989) vorbesc despre sub-etapa de reapropiere, subliniind însă mai degrabă comportamentul mamei decât agresivitatea copilului. De obicei, ea însăși borderline, are puternice sentimente contradictorii, gândindu-se cum copiii ei vor crește și vor deveni persoane de sine stătătoare. Ca atare, copiii primesc mesajul că, dacă vor crește, ceva oribil li se va întâmpla lor și/sau mamei lor, iar a rămâne dependenți este singura cale de păstrare a legăturii materne. Perspectiva acestei separări și individuări generează astfel „depresia de abandon” la persoanele borderline. În această sub-etapă de reapropiere nu este posibilă nicio integrare între partea de obiect care aduce recompensă, și partea obiectului care se retrage, ceea ce explică simptomul patologiei borderline.

Modul în care Adler (1985) înțelege patologia borderline este influențat de Kohut (1971, 1977) și Fraiberg (1969) și se bazează pe modelul deficitului, mai degrabă decât pe cel al conflictului, cum e în cazul lui Kernberg. Lipsa de constanță a comportamentului matern și a disponibilității acesteia determină eșecul individului borderline de a dezvolta un obiect internalizat de tip „susținător-nimic”. Acest lucru explică sentimentele de vid

202 interior, tendințele depresive și furia orală. Mai mult, în situațiile stresante, individului borderline îi este dificil să invoce imaginile interne ale figurii materne hrănitoare. Acest deficit cognitiv al memoriei evocative sugerează o regresie la o vârstă a dezvoltării între 8-18 luni. Resursele inadecvate îl lasă pe individul borderline predispus la fragmentarea sinelui, care este însoțită de un gol profund, numit „panica anihilării.”

Abordarea din perspectiva mentalizării. Abordarea tulburării de personalitate borderline de către Bateman și Fonagy (2007), în termenii mentalizării, își are originea în teoria relațiilor cu obiectul și în cea a atașamentului. Uneori numit „a mentaliza”, acesta este procesul prin care indivizii își interpretează propriile cogniții subiective, comportamente și emoții, precum și pe cele ale altora. Capacitatea de a mentaliza este considerată a apărea ca funcție a dezvoltării în copilărie, în jurul vârstei de 4 ani. Mai degrabă decât o consecință automată a maturizării, ea depinde de calitatea relațiilor timpurii cu obiectul ale individului. Interacțiunile cu persoana de îngrijire primară, de obicei mama, funcționează ca fundație de la care indivizii pornesc pentru a conferi sens stărilor lor mentale și interacțiunilor interpersonale. Pentru a-și dezvolta pe deplin această capacitate, sugarii au nevoie de un adult stabil, afectuos, sigur și atent, capabil să le oglindească experiențele. Bateman și Fonagy sugerează că indivizilor cu personalitate borderline le lipsește abilitatea de a interpreta stările mentale și de a-și înțelege corect relațiile, din cauza traumelor psihologice în copilăria timpurie sau mai târziu. Neglijarea, abuzul și oglindirea emoțională incongruentă duc toate la atașamente nesecurizante/hipersensibile și la o autoreglare deficitară.

Abordarea din perspectiva psihoterapiei centrate pe transfer. Clarkin, Yeomans și Kernberg (2015) subscriu unei etiologii

similare a tulburării de personalitate borderline în abordarea lor, care este numită psihoterapie centrată pe transfer (TFP). Ancorată în teoria relațiilor cu obiectul, aceasta susține că simptomele specifice ale tulburării de personalitate borderline rezultă dintr-o lipsă de integrare a identității și o incoerență între experiența individului și înțelegerea propriei persoane și a celorlalți. Această stare psihologică neintegrată este numită difuzia identității. Persoanele cu tulburare de personalitate borderline se bazează pe strategii defensive care distorsionează realitatea, cum ar fi disocierea și clivajul. Rezultatul acestor distorsiuni cognitive este că afectele negative sau agresive nu sunt percepute ca venind din interior, ci din exteriorul sinelui, ceea ce duce la trăiri de neajutorare, furie și nesiguranță. Din perspectiva psihoterapiei centrate pe transfer, structura psihologică este rezultatul interacțiunilor timpurii cu persoanele de îngrijire, care, pe măsură ce individul se dezvoltă, sunt apoi internalizate. În cazul tulburării de personalitate borderline, acest proces este întrerupt de relații traumatice și/sau inconstante cu persoanele de îngrijire. Absența unui sine integrat duce la o stare de stres cronic și la sentimente de gol interior, motiv pentru care indivizii cu borderline trec la act în mod impulsiv, în încercarea de a-și ușura suferința.

Conceptualizarea de caz biosocială

Millon și Davis (1996) consideră lipsa sentimentului de identitate clar și coerent al individului borderline ca fiind central în patogeneza tulburării. Ei consideră confuzia și/sau difuzia identității ca pe un rezultat al factorilor biopsihosociali care se combină, astfel încât deteriorează sentimentul coerent al

identității. Din cauza acestui deficit central, rezultă acțiuni prost coordonate, afecte extrem de schimbătoare, impulsuri slab controlate și un eșec în a depune eforturi constante. Astfel, indivizii *borderline* sunt dependenți de alții pentru protecție și încurajare și sunt hipersensibili la pierderea sau la separarea de aceste persoane de sprijin. Pe baza acestei cercetări, Millon (1981) și Millon și Everly (1985) susțin că sindromul *borderline* este, în esență, o variațiune mai severă și regresată a tulburărilor de personalitate dependentă, histrionică și pasiv-agresivă. Autorii descriu trei subtipuri ale acestei tulburări.

Indivizii *borderline-dependenți* tind să manifeste un tipar infantil pasiv și posedă istoric familial de niveluri de energie scăzută. Acest tipar evocă o căldură parentală și hiperprotecție și, prin urmare, generează atașamente puternice și dependență față de o singură persoană de îngrijire, ceea ce, în cele din urmă, le restrânge indivizilor aflați în această situație oportunitatea de a învăța abilitățile necesare de independență socială și autoeficacitate. Acest lucru pregătește scena pentru respingerea din partea celor pe care au ajuns să se bazeze.

Indivizii *borderline-histrionici* au, cel mai adesea, istorii de familie caracterizate printr-o înaltă reactivitate autonomă și manifestă hiper-activitate ca rezultat al expunerii la niveluri înalte de stimulare. Controlul parental tinde să fie exercitat prin tipare de întărire contingentă, în urma cărora acești copii se simt competenți și acceptați numai în cazul în care comportamentul lor este aprobat explicit de către ceilalți și, prin urmare, ei „joacă teatru” pentru a-și asigura sprijinul, atenția și îngrijirea.

Indivizii *borderline-pasiv agresivi* tind să fi dat dovadă de temperamente de „copii dificili” (Thomas și Chess, 1977). Ca sugari iritabili și dificil de calmat, e foarte probabil să fi primit

răspunsuri lipsite de consecvență din partea îngrijitorilor lor, uneori plini de grijă, altele hărțuite și frustrați sau chiar retrași. E posibil să fi fost rezultatul unor cămine destrămate și e probabil să fi avut un părinte care a jucat rolul de model pentru comportamentul straniu, oscilant și pasiv-agresiv pe care-l manifestă ca adulți.

Conceptualizare de caz cognitiv-comportamentală

Au fost descrise trei conceptualizări de caz cognitiv-comportamentale frecvente: terapia cognitivă, terapia centrată pe scheme și terapia comportamentală dialectică.

Terapia cognitivă. Conform lui Beck (2015; Beck et al., 1990), în cazul persoanelor cu această tulburare de personalitate pot fi observate trei asumții fundamentale: „sunt lipsit de putere și vulnerabil”; „sunt în mod inerent inacceptabil” și „lumea este periculoasă și răuvoitoare” (Arntz, 2015; Pretzer, 1988). Din cauza credințelor inerente, aceste persoane sunt neajutate într-o lume ostilă; în absența unei surse de siguranță, ele oscilează între autonomie și dependență, fără a fi capabile să se bazeze pe una sau pe alta. În plus, persoanele cu *borderline* tind să manifeste „gândire dihotomică”, tendința de a evalua experiențele în categorii mutual exclusive, în întregime bune sau în întregime rele, succes sau eșec, de încredere sau înșelătoare. Amestecul dintre gândirea dihotomică și asumțiile fundamentale reprezintă baza emoției și comportamentului de tip *borderline*, inclusiv a comportamentelor de punere în act sau a celor autodestructive.

Terapia centrată pe scheme. Young (1990; Young et al., 2015) descrie o conceptualizare bazată pe scheme a acestei tulburări. Premisa de bază este că „schemele dezadaptative timpurii” se

206 dezvoltă în timpul copilăriei și rezultă în tipare dezadaptative care întăresc aceste scheme. Printre acestea se află schema de abandon/pierdere „Voi fi mereu singur. Nimeni nu mă va iubi și nu va dori să-mi fie aproape dacă ajunge să mă cunoască.” și schema de deprivare emoțională „Nimeni nu e vreodată lângă mine să-mi satisfacă nevoile, să fie puternic pentru mine, să-i pese de mine.”

Terapia comportamentală dialectică. Linehan (1987, 2015) descrie o conceptualizare comportamentală a tulburării. Premisa de bază este că o reglare emoțională inadecvată și un mediu invalidant predispon individul la această tulburare. În plus, există un mediu invalidant „în care comunicarea experiențelor intime este întâmpinată cu răspunsuri haotice, inadecvate și extreme. Cu alte cuvinte, exprimarea experienței intime nu este validată; în schimb, este adesea pedepsită și/sau trivializată” (Linehan, 1993, p. 49). Linehan (1993) susține că potrivirea redusă dintre un copil dificil și un mediu invalidant sprijină dezvoltarea acestei tulburări. Tiparul borderline este considerat a avea o bază fiziologică, iar apoi întărit de experiențele cu alții semnificativi, care le desconsideră experiențele emoționale. În consecință, indivizii borderline își dezvoltă abilități sociale reduse sau nu le dezvoltă deloc. Pe scurt, amestecul de răspunsuri emoționale intense, abilități inadecvate de reglare emoțională și un mediu invalidant îl predispon pe individ la o criză neîntreruptă, motiv pentru care acești indivizi sunt incapabili să facă față eficient situațiilor de viață.

Conceptualizarea de caz interpersonală

Abordarea analizei structurale a comportamentului social.
Abordarea conceptualizării de caz făcută de Benjamin (2003a)

207 din perspectiva analizei structurale a comportamentului social postulează că indivizii cu tulburare de personalitate borderline au crescut, de obicei, în familii marcate de un stil de viață haotic, de tip telenovelă. Fără aceste dileme, viața era resimțită ca fiind fără valoare, plictisitoare și goală. Indiferent dacă aceste drame haotice au fost flagrante sau ascunse de ochiul public, viitorul individ borderline a jucat un rol central în ele, ceea ce a determinat impulsivitate, instabilitatea dispoziției și caracteristica imprevizibilitate a unei vieți lipsite de constanță. Istoricul de dezvoltare al acestor indivizi a inclus adesea experiențe de abandon traumatic, iar această izolare a fost, de obicei, marcată de abuz fizic și/sau sexual. Această singurătate încărcată de abuz a ajuns să fie inexorabil legată de ideea că viitorul individ borderline e o persoană rea. Experiențele de abuz „l-au învățat” pe individ să facă trecerea de la idealizare la devalorizare. Și, în măsura în care experiențele de abuz sexual au fost dureroase, ele au pregătit scena pentru automutilare, deoarece, în astfel de episoade, plăcerea a fost confundată cu durerea. Normele familiale dictau că autonomia era ceva greșit, în timp ce dependența și nefericirea solidară cu familia erau bune. Drept urmare, orientarea către independență, competență sau fericire a provocat autosabotarea. Mai mult, tinerii indivizi cu borderline au învățat din familiile lor că nefericirea, boala și starea de slăbiciune atrag iubirea și preocuparea celorlalți. Consecința la maturitate este că indivizii cu tulburare borderline consideră că persoanele care îi îngrijesc și îi iubesc adoră în secret nefericirea. Pe scurt, există o teamă morbidă de abandon și dorința unei îngrijiri pline de protecție, în special din partea unui iubit/unei iubite sau a unei persoane de îngrijire. Inițial, dependența amicală de persoana de îngrijire face loc controlului ostil atunci când acea persoană

208 sau iubitul/iubita nu reușește să ofere suficient. Indivizii borderline consideră că partenerilor de viață le place în secret dependența și neajutorarea, iar un introiect violent atacă sinele în fața oricăror semne de succes sau fericire. Tratamentul bazat pe acest model se numește terapie interpersonală reconstructivă (Benjamin, 2003b, 2007).

Abordarea prin prisma psihoterapiei interpersonale. O conceptualizare interpersonală asemănătoare este o adaptare a psihoterapiei interpersonale, care a fost inițial dezvoltată pentru tratamentul depresiei cronice sau tulburării distimice, numită în DSM-5 tulburare depresivă persistentă (Weissman, Markowitz și Klerman, 2000, 2007). În cadrul acestei adaptări, tulburarea de personalitate borderline este caracterizată ca fiind o stare indusă de dispoziție, similară depresiei cronice, dar presărată de izbucniri sporadice și ineficiente de furie și impulsivitate (Markowitz, Bleiberg, Pessin și Skodol, 2007).

Conceptualizarea de caz integrativă

Următoarea formulare integrativă oferă o explicație biopsihosocială pentru modul în care e probabil să se fi dezvoltat această personalitate și modul în care este ea menținută. Din punct de vedere biologic, indivizii borderline pot fi înțeleși în termenii a trei sub-tipologii majore: borderline-dependenți, borderline-histrionici și borderline-pasiv-agresivi. Stilul temperamental al tipului borderline-dependent este cel al tiparului infantil pasiv (Millon, 1981). Millon a emis ipoteza conform căreia reactivitatea scăzută a sistemului nervos autonom, plus un stil de parentaj hiperprotector facilitează restricționarea abilităților interpersonale și un stil relațional adeviziv. Pe de altă

209 parte, subtipul histrionic e posibil să fi avut un tipar infantil hiperreactiv. Prin urmare, din cauza reactivității crescute a sistemului nervos autonom, a stimulării parentale crescute și a expectațiilor pentru spectacol, e probabil să fi rezultat tiparul borderline-histrionic. În sfârșit, stilul temperamental al individului borderline pasiv-agresiv e probabil să fi fost tipul „copil dificil” observat de Thomas și Chess (1977). Acest tipar, plus inconsecvența parentală marchează iritabilitatea afectivă a personalității borderline pasiv-agresivă.

Din punct de vedere psihologic, persoanele borderline tind să se perceapă pe sine, pe ceilalți, lumea și scopul vieții în termenii următoarelor teme. Ei se văd pe ei înșiși într-o variantă a temei „nu știu cine sunt sau încotro mă îndrept.” Pe scurt, problemele lor de identitate implică genul, cariera, loialitățile și valorile, în timp ce stima lor de sine fluctuează cu fiecare gând sau emoție referitoare la identitatea lor de sine. Indivizii borderline tind să perceapă lumea într-o variantă a temelor: „Oamenii sunt grozavi, nu, nu sunt”; „Să ai obiective e bine, nu, nu e” sau „Dacă viața nu se desfășoară așa cum îmi doresc eu, atunci nu pot suporta chestia asta.” Ca atare, e probabil să concluzioneze: „Prin urmare, îmi voi păstra la îndemână toate opțiunile. Nu-mi asum nicio obligație. Schimb rolurile și oscilez în gânduri și emoții atunci când sunt atacat.” Cele șase mecanisme defensive utilizate de indivizii cu tulburare de personalitate borderline sunt: negarea, clivajul, idealizarea primitivă, identificarea proiectivă, omnipotența și devalorizarea (Shulman, 1982).

Din punct de vedere social, pot fi observate tipare predictibile de parentaj și factori de mediu pentru tulburarea de personalitate borderline. Stilurile de parentaj diferă în funcție de subtip.

210 De exemplu, în subtipul dependent parentajul este caracterizat de hiperprotecție, în timp ce în subtipul histrionic un stil de parentaj exigent este mai evident, iar în subtipul pasiv-agresiv este observat un stil de parentaj inconsecvent. Dar, deoarece personalitatea borderline reprezintă o detaliere sindromală și o deteriorare a mai puțin severelor tulburări de personalitate dependentă, histrionică sau pasiv-agresivă, familia de origine a subtipurilor borderline a acestor tulburări e probabil să fie mult mai disfuncțională, crescând probabilitatea ca acel copil să fi învățat diverse strategii de coping autosabotatoare. E posibil ca injoncțiunea parentală să fi fost: „Dacă crești și mă părăsești, mi se vor întâmpla lucruri rele [părintele].”

Acest tipar borderline este confirmat, întărit și perpetuat de următorii factori individuali și sistemici. Identitate difuză, oscilația impulsului și strategii de coping autosabotatoare care duc la un comportament agresiv de tip trecere la act, ceea ce determină și mai mult haos, lucru care, la rândul său, duce la depersonalizare, disforie crescută și/sau automutilare pentru a obține o oarecare ușurare. Se ajunge astfel la confirmarea ulterioară a credințelor despre sine și despre lume, precum și la întărirea tiparelor comportamentale și interpersonale (Sperry, 2015). Tabelul 5.2 rezumă trăsăturile caracteristice ale acestei tulburări.

TABELUL 5.2 Caracteristici ale tulburării de personalitate borderline

Eveniment(e) declanșator/oare	Așteptarea atingerii unor obiective personale și/ sau menținerii unor relații apropiate
Stil comportamental	Impulsivitate Comportamente de tip trecere la act Neajutorare, „interior gol”

Stil interpersonal	Teama de abandon Relații instabile, intense Alternează între extremele idealizării și devalorizării
Stil cognitiv	Gândire rigidă, inflexibilă Nu reușește să învețe din experiență Pierdere externă a controlului
Stil afectiv	Reactiv din punct de vedere emoțional și cu dificultăți de reglare emoțională Furie inadecvată, intensă Labilitate extremă a dispoziției și afectului
Stil de atașament	Dezorganizat
Temperament	Tipul dependent: tipar infantil pasiv — reactivitate scăzută a sistemului nervos autonom Tipul histrionic: tipar infantil hiper-reactiv — reactivitate înaltă a sistemului nervos autonom Tipul pasiv-agresiv: tipar infantil „dificil” — iritabilitatea afectului
Injoncțiune parentală	„Dacă crești, mie [părinte] mi se vor întâmpla lucruri rele.” Parentaj hiperprotector, exigent sau inconsecvent
Percepția de sine	„Nu știu cine sunt sau încotro mă îndrept.” Probleme de identitate referitoare la gen, carieră, loialități și valori Stima de sine fluctuează în funcție de emoția actuală
Percepția asupra lumii	„Oamenii sunt grozavi, nu, nu sunt. E bine să ai obiective, nu, nu este. Dacă viața nu se desfășoară așa cum vreau eu, atunci nu pot suporta chestia asta. Nu-mi asum nicio obligație.”
Scheme dezadaptative	Abandon, deficiență, abuz/neîncredere, deprivare emoțională, izolare socială, insuficient autocontrol
Criteriu optim	Eforturi susținute de a evita abandonul real sau imaginat

Mai multe surse de informație sunt utile în stabilirea unui plan de diagnostic și tratament pentru tulburările de personalitate. Observația, informațiile colaterale și testarea psihologică reprezintă complementele importante ale autoevaluării pacientului din timpul interviului clinic. Această secțiune descrie succint câteva observații caracteristice pe care le face clinicianul, precum și natura raportului care se poate dezvolta în întâlnirile inițiale cu indivizii cu tulburări de personalitate specifice. Sunt descrise, de asemenea, tiparele de răspuns caracteristic la diferite teste obiective (adică, MMPI-2 și MCMI-IV) și teste proiective (adică Rorschach și TAT).

Comportamentul și raportul în timpul interviului

Interviarea indivizilor cu tulburare de personalitate borderline presupune o provocare specială, din cauza instabilității și ambivalenței acestora. Instabilitatea sau labilitatea poate fi observată în dispoziția, obiectivele și relația acestora cu clinicianul. Instabilitatea privind raportul este gestionată prin concentrarea cu empatie asupra raportului creat. Acest lucru se realizează prin direcționarea discuției, păstrarea discuției pe un făgaș și controlarea diversiunilor și a izbucnirilor. Adresarea de întrebări deschise este preferabilă căutării unor răspunsuri precise la întrebări închise, țintite (Ackley et al., 2011). Instabilitatea este procesată și prin separarea ei ca parte patologică, ce trebuie explorată. Din moment ce și aceasta afectează raportul, clinicianul trebuie să-i recunoască constant prezența și efectul. Rezultatul este că acești pacienți devin mai puțin defensivi și mai dispuși să se dezvăluie, ceea ce încurajează relația.

Gestionarea ambivalenței necesită confruntarea contradicțiilor lor, manifestând și înțelegându-le, totodată, trăirile ambivalente. Confruntarea terapeutică ilustrează clivajul și identificarea proiectivă a acestor indivizi și moderează hiperidealizarea sau devalorizarea. Mai mult, îi ajută pe indivizi să conștientizeze că ambivalența lor rezultă din lipsa percepută de sprijin și înțelegere din partea mamei, aspect căruia îi permit să le influențeze profund starea de bine (Othmer și Othmer, 2002).

Datele testărilor psihologice

Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI-2), Inventarul Clinic Multiaxial Millon (MCMI-IV), Testul psihodiagnostic Rorschach și Testul de Apercepție Tematică (TAT) pot fi utile în diagnosticarea tulburării de personalitate borderline, precum și a stilului de personalitate borderline (Groth-Marnat, 2009).

La MMPI-2, sunt frecvente creșterile pe scalele 2 (Depresie), 4 (Deviere psihopată) și 8 (Schizofrenie) — (Graham, 2012). Scalele 0 (Introversia socială) și K (Corecție) tind să fie ridicate, iar F (Frecvența) este de obicei scăzută. Dacă dificultățile de reglare emoțională — în special a furiei — sunt proeminente, scala 6 (Paranoia) va fi crescută. Deși relativ rar, profilul 2–6 (Depresie-Paranoia) 6–2 este asociat cu patologia borderline (Meyer, 1995).

La MCMI-IV, este foarte probabilă creșterea pe scala C (Borderline), precum și creșterea simultană pe scala 8A (Negativism — pasiv-agresiv) — (Millon et al., 2015). Ne putem aștepta la creșteri ale scorurilor pe scale clinice cum ar fi A (Tulburarea

de anxietate generalizată), H (Tulburarea simptomului somatic), N (Tulburare bipolară subtip I) și/sau D (Tulburare distimică) — (Choca și Denburg, 1997).

La Rorschach, sunt frecvente combinațiile ilogice și confabulațiile (de exemplu „Capul unui cal cu doi căluți de mare care îi cresc din urechi” pentru planșa 10) — (Singer și Larsen, 1981; Swiercinsky, 1985). Astfel de răspunsuri sunt, cel mai probabil, pentru planșele 10, 9 și 2.

La TAT, „clivajul primitiv” poate fi observat în personaje care sunt considerate ca fiind în întregime rele (adică diavoli), personaje în care doar o parte a personalității este admisă sau portretizată sau atunci când caracteristicile bune-rele sunt juxtapuse, în mod incongruent. Nu sunt neobișnuite temele anxietății de separare, reprezentările extreme ale afectelor și comportamentele de trecere la act, mai degrabă decât amânarea gratificației (Bellak, 1997).

Abordări și intervenții de tratament

Considerații privind tratamentul

În diagnosticul diferențial al tulburării de personalitate borderline sunt incluse și următoarele tulburări de personalitate de pe Axa II: tulburarea de personalitate pasiv-agresivă, histrionică, dependentă și schizotipală. Cele mai frecvente sindroame de pe Axa I asociate cu tulburarea de personalitate sunt tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea de panică și distimia. În plus, alte sindroame pot fi psihozele reactive tranzitorii, tulburarea schizoafectivă, ipohondria sau tulburările disociative, în special fuga psihogenă.

E posibil ca tulburarea de personalitate borderline (TPB) să fie cea mai frecventă manifestare de pe Axa II, atât în sectorul public, cât și în cel al practicii private. Poate fi printre cele mai dificile și frustrante tulburări de tratat. Experiența clinică sugerează că în luarea deciziilor privind abordările, modalitățile și strategiile de tratament este importantă evaluarea nivelului global de funcționare a individului și disponibilitatea pentru tratament. Tulburarea de personalitate borderline este cea mai studiată dintre toate tulburările de personalitate. Până în prezent, au fost publicate mai multe studii randomizate și controlate de tratament. O evaluare a șapte studii clinice controlate privind terapia comportamentală dialectică a concluzionat că aceasta îndeplinește criteriile pentru un tratament bine fundamentat, în conformitate cu Grupul de Lucru din Divizia 12 a Asociației Psihologilor Americani pentru terapii cu suport empiric (Lynch, Trost, Salsman și Linehan, 2007).

Psihoterapia individuală

Mulți consideră psihoterapia individuală a fi piatra de temelie a tratamentului pentru tulburarea de personalitate borderline. Deși există opinii puternic divergente privind adecvarea sau eficacitatea diverselor abordări ale psihoterapiei individuale, există un consens privind anumite principii generale. Waldinger (1986) descrie cinci puncte de consens privind tratamentul personalității borderline. În primul rând, terapeutul trebuie să fie activ în identificarea, confruntarea și ghidajul comportamentelor pacientului în timpul ședințelor. În al doilea rând, trebuie să existe mijloacele necesare pentru un mediu de tratament stabil, în termenii stabilirii și păstrării limitelor, ai

216 programărilor, plății tratamentului și așteptărilor ce decurg din rolurile de pacient și clinician. În al treilea rând, trebuie stabilită legătura dintre acțiunile și sentimentele pacientului. În al patrulea rând, comportamentul autodestructiv trebuie să devină nesatisfăcător. Și, în al cincilea rând, trebuie acordată o atenție deosebită sentimentelor din contratransfer.

Indiferent de specificul abordării psihoterapeutice utilizate, literatura arată că tratamentul pacientului borderline este dificil, problemele de contratransfer sunt frecvente, iar rezultatele sunt inegale (Gunderson, 1989). Unii pacienți borderline manifestă o reacție terapeutică negativă, precum și alte efecte refractare ale psihoterapiei individuale. În unele cazuri, acestor pacienți nu ar trebui să li se acorde tratament individual. Frances et al. (1984) recomandă „opțiunea fără tratament”, cu criterii specifice pentru utilizarea ei. Cu toate acestea, atunci când tratamentul este indicat, atenția față de nevoile și expectațiile pacientului față de tratament și eforturile de a adecva și ajusta tratamentul sunt esențiale în maximizarea rezultatelor tratamentului.

Această secțiune descrie diferite abordări psihodinamice, cognitiv-comportamentale și interpersonale.

Abordările psihoterapiei psihodinamice

Aveți mai jos o descriere succintă a diverselor abordări psihodinamice pentru personalitatea borderline: psihoterapie psihanalitică, psihoterapie suportivă și psihoterapie dinamică de scurtă durată.

Psihoterapia psihanalitică. În principiu, există două opinii psihanalitice privind tratamentul pacienților borderline, pe baza rolului jucat de interpretarea timpurie și a gestionării

transferului negativ. O opinie este că, în general, confruntarea trebuie să aibă loc devreme în cursul tratamentului, iar interpretarea transferului primitiv trebuie realizată în situațiile de aici și acum. Celălalt punct de vedere este că interpretarea timpurie a temei agresivității este inefficientă și, posibil, perturbatoare. Kernberg (2014) și Masterson (1976), printre alții, adoptă prima perspectivă, în timp ce Chessick (1982) și Buie și Adler (1982) și alții o susțin pe cea de-a doua. Cu toate acestea, ambele perspective sunt de acord că restructurarea personalității reprezintă obiectivul tratamentului, ceea ce necesită trei sau mai multe ședințe pe săptămână, timp de minim patru ani.

Masterson (1976) și Masterson și Klein (1989) au descris cu eleganță procesul psihoterapeutic cu pacienții borderline. Psihoterapia suportivă se deosebește de terapia de restructurare. Obiectivul psihoterapiei de restructurare este perlaborarea depresiei de abandon — trăiri de depresie, furie și mânie, teamă, vinovăție, pasivitate și neajutorare, sentimentul de gol și vid interior care urmează unei experiențe recente de separare și pierdere — asociată cu etapa inițială de separare-individuare. Acest lucru duce la dobândirea autonomiei Eului și transformarea relațiilor cu obiectul clivat în relații cu obiectul întreg, iar a Eului clivat într-un Eu întreg. Masterson menționează trei etape ale psihoterapiei: etapa de testare, în care principala tehnică este reprezentată de confruntare, unde clinicianul folosește ajustarea comunicațională pentru a sprijini individuarea emergentă a pacientului, etapa de perlaborare și etapa de separare.

Rezultatul așteptat al unui astfel de tratament constă nu numai în reducerea comportamentului impulsiv și a altor reacții regresive față de factorii de stres, ci și o stabilitate îmbunătățită în relațiile interpersonale. O astfel de reconstruire a personalității

218 îi permite individului să funcționeze normal sau la un nivel nevrotic (Gunderson, 1989).

Tratamentul bazat pe mentalizare. Fundamentat pe munca lui Bateman și Fonagy (2007, 2010), tratamentul bazat pe mentalizare (Mentalization Based Treatment — MBT) e menit să-i ajute pe pacienții borderline să-și dezvolte capacitatea de a identifica și a răspunde adecvat stărilor mentale subiective proprii și ale altora. Acest lucru presupune a-i ajuta pe pacienți să-și păstreze un sentiment de sine stabil și un nivel adecvat de activare nervoasă. Cei care au inițiat acest tratament susțin că MBT nu reprezintă un model unic de terapie, ci mai degrabă o atitudine terapeutică menită să atingă un anumit obiectiv. De aceea, MBT permite folosirea a numeroase tehnici diferite care pot fi regăsite în alte tratamente.

Două dintre aspectele semnificative ale tratamentului bazat pe mentalizare sunt atitudinea terapeutică și mentalizarea transferului dintre pacient și terapeut. Atitudinea terapeutică conține mai mulți factori, inclusiv modestia terapeutului derivată din atitudinea de „a nu ști”; răbdare în înțelegerea diferențelor de perspectivă între terapeut și pacient; validarea și acceptarea perspectivelor diferite; încercarea activă de a înțelege experiența pacientului prin adresarea de întrebări; a nu căuta explicațiile; clarificarea atunci când ceva este neclar.

În această metodă de tratament, vehiculul principal pentru schimbare este relația dintre terapeut și pacient. Bateman și Fonagy nu se axează pe interpretarea transferului pentru a spori insight-ul pacientului, așa cum se obișnuiește în alte abordări terapeutice psihodinamice. Ei susțin că abilitatea de a beneficia de pe urma interpretării necesită un nivel al capacității de mentalizare pe care pacienții borderline, de obicei, nu îl posedă. Mai

degrabă, MBT folosește relația de transfer pentru a-i încuraja pe pacienți să-și concentreze atenția asupra minții unui alt individ și să-și examineze propriile percepții. Mentalizarea transferului se realizează în șase pași: validarea transferului pacientului de către terapeut; explorarea evenimentelor care au generat transferul; acceptarea de către terapeut a punerii în scenă; colaborarea cu pacientul pentru a formula o interpretare; oferirea unei perspective alternative; și monitorizarea reacției pacientului față de proces. Un studiu controlat randomizat care a comparat tratamentul pe bază de mentalizare în ambulatoriu și managementul clinic structurat pentru tulburarea de personalitate borderline a constatat că pacienții borderline din grupul MBT au prezentat o reducere mai semnificativă a problemelor precum tentative de suicid și spitalizări (Bateman și Fonagy, 2009).

Psihoterapia centrată pe transfer. Clarkin, Cain și Livesey (2015) au dezvoltat psihoterapia centrată pe transfer, cu obiectivul îmbunătățirii controlului comportamental, creșterii autorefecției și cultivării abilităților de reglare a afectelor la pacienții borderline. Acest lucru se realizează prin intermediul relației dintre terapeut și pacient, la fel cum se întâmplă în tratamentul bazat pe mentalizare. Psihoterapia centrată pe transfer este o abordare înalt structurată a tratamentului tulburării de personalitate borderline, desfășurată conform unui protocol și bazată pe dovezi. Ședințele de terapie durează 45 de minute și au loc de două ori pe săptămână. În timpul primului an de tratament, obiectivul principal este conținerea comportamentelor parasuicidare și a altor forme de comportamente de trecere la acte autodistructive. Scopul final este integrarea identității.

Tehnicile includ stabilirea contractului și a limitelor, alături de explorarea lumii interioare a pacientului în relația de

220 transfer din aici-și-acum. Contractul de tratament este deosebit de important pentru acest tip de tratament, întrucât această structură oferă un context securizat în care tiparele pacientului se pot manifesta și-i oferă terapeutului o modalitate de a explora semnificația din spatele abaterilor de la contract. În psihoterapia centrată pe transfer, interpretarea este văzută ca modalitate prin care are loc integrarea.

Psihoterapia suportivă. Din perspectivă dinamică, psihoterapia suportivă este mai puțin intensivă și regresivă decât psihoterapia psihanalitică sau psihanaliza. Obiectivele terapiei suportive cu persoanele borderline sunt, în principal, îmbunătățirea adaptării la viața de zi cu zi și reducerea răspunsurilor autodistructive ale acestora în fața factorilor de stres interpersonal (Kernberg, 2014).

Tehnicile de bază ale psihoterapiei suportive constau în explorarea mecanismelor de apărare primitive din aici-și-acum ale pacientului, cu scopul de a-l ajuta să obțină control prin mijloace non-analitice, precum și în sprijinirea unei mai bune adaptări la realitate, ajutându-i pe pacienți să devină mai conștienți de efectul dezorganizator al operațiunilor lor defensive. Transferurile manifeste și reprimite — mai degrabă decât transferurile inconștiente și refulate — sunt explorate și utilizate pentru clasificarea problemelor interpersonale asemănătoare cu care se confruntă pacientul (Kernberg, 2014).

O astfel de psihoterapie suportivă este folosită, de obicei, cu pacienții în ambulatoriu cu funcționare moderată și redusă. În mod obișnuit, ședințele sunt programate săptămânal și pot continua timp de mai mulți ani. Rezultatul studiului realizat de fundația Menninger privind rezultatele psihoterapiei sugerează că tratamentul suportiv poate să genereze modificările de bază

221 ale personalității care erau așteptate numai din partea psihoterapiei dinamice de restructurare (Wallerstein, 1986). Prin urmare, în ciuda caracterizării psihoterapiei suportive de către Kernberg (2014) ca fiind „un tratament de folosit în ultimă instanță”, psihoterapia suportivă este o intervenție puternică.

Klein (1989a) descrie două tipuri de tratament suportiv pentru persoanele borderline cu funcționare scăzută. În primul tip descris, psihoterapia confruntativă, procesul de tratament implică confruntarea rezistențelor care mențin comportamentele dezadaptative, până când acestea devin ego-distonice. Alianța terapeutică înlocuiește punerea în act a transferului. Tratamentul presupune, de asemenea, implementarea modalităților adaptative de gestionare a afectelor subiacente, cum ar fi noile tipare, care înlocuiesc comportamentele și mecanismele de apărare autodistructive anterioare. Spre deosebire de psihoterapia bazată pe restructurare, această abordare nu facilitează perlaborarea depresiei de abandon. Obiectivele acestei terapii sunt limitate la creșterea capacității pacientului de a se strădui să obțină o oarecare consecvență în relațiile interpersonale.

Klein (1989a) descrie, de asemenea, o abordare a „consilierii” pacienților borderline cu funcționare foarte scăzută. Această abordare este tratamentul de elecție pentru pacienții cu un istoric de abuz timpuriu repetat, neglijare sau traumă de separare sau episoade psihiatrice regresive severe și repetate, antecedente de acțiuni suicidare repetitive, care le pun viața în pericol sau acțiuni criminale. Scopul acestui tratament este reducerea mâniei, anxietății și afectelor depresive care interferează constant cu capacitatea pacientului de a funcționa adaptativ. Consilierul funcționează ca Eu auxiliar pentru pacient și utilizează o

222 combinație de tehnici precum testarea realității, încurajarea, ghidajul, rezolvarea problemelor și medicația.

Psihoterapia dinamică de scurtă durată. Deși anterior se presupunea că pacienții borderline nu erau potriviți pentru psihoterapia dinamică de scurtă durată, acum se pare că abordările de scurtă durată și limitate în timp au o anumită utilitate în cazul anumitor pacienți. În doar 10 până la 20 de ședințe, tratamentul se poate concentra pe probleme specifice, relaționale sau situaționale. Și, deoarece există o astfel de focalizare specifică, este limitată probabilitatea dezvoltării unui transfer regresiv. Abordarea poate fi potrivită pentru pacienții borderline care prezintă îngrijorări legate de ideea de a fi devorați, copleșiți sau prea dependenți. De asemenea, poate fi utilă pentru cei care au un istoric în care au încheiat un tratament mai regresiv. În plus, abordarea poate servi ca o rampă de lansare pentru trecerea la terapia de lungă durată.

Klein (1989b) descrie un protocol de tratament de scurtă durată pentru pacienții borderline. Obiectivele sunt conținerea — pacienții ajung să-și recunoască, controleze și conțină înclinația către trecerea la act; învățarea — afecțele emergente care au fost acoperite de mecanismele de apărare pot și trebuie să fie verbalizate, mai degrabă decât puse în act; și adaptarea — ei își canalizează energiile asociate acestor afecțe spre comportamente și exprimări adaptative și sublimite. Această abordare de scurtă durată urmează modelul lui Masterson, cu excepția faptului că frecvența ședințelor este limitată, iar confruntarea este principala tehnică utilizată, deși uneori sunt necesare clarificarea, interpretarea și ajustarea comunicațională. Ședințele sunt programate doar o dată sau de două ori pe săptămână, timp de un an sau mai puțin, iar

tratamentul este focalizat pe problemele cotidiene ale adaptării și ale mecanismelor de apărare sănătoase.

Susținerea dată de cercetare intervențiilor psihodinamice. Există acum câteva studii empirice care susțin valoarea clinică și utilitatea terapiei de orientare dinamică cu tulburarea de personalitate borderline. Într-un studiu, indivizii tratați cu o abordare bazată pe psihologia sinelui și care au rămas în tratament timp de doi ani par a fi profitat de pe urma terapiei (Meares, Stevenson și Comerford, 1999; Stevenson și Meares, 1992). Deoarece vorbim despre un studiu post-hoc, **naturalist**, cu un grup de control format din lista de așteptare, nu putem fi siguri că rezultatele pot fi atribuite acestei abordări dinamice.

A fost menționat și un studiu randomizat controlat al abordării de orientare psihanalitică privind tratamentul în contextul spitalizării parțiale (Bateman și Fonagy, 1999, 2001). Tratamentul a fost intensiv și extensiv și a constatat în psihoterapie psihanalitică săptămânală, grup de psihoterapie analitică de trei ori pe săptămână, psihodramă și terapie expresivă săptămânal, precum și o întâlnire în comunitate o dată pe săptămână, alături de gestionarea medierii. Este însă neclar dacă rezultatele pozitive ale tratamentului pot fi atribuite structurii specifice și mediului programului de spitalizare parțială în sine sau abordării psihodinamice utilizate de terapeuți în program.

O abordare structurată, procedurală, creată specific pentru tratarea tulburării de personalitate borderline și numită „psihoterapie centrată pe transfer” pare a fi promițătoare. Această abordare se concentrează asupra temelor bogate în afecțe din relația prezentă pacient-terapeut. Temele includ conținerea comportamentelor autodistructive și suicidare, diversele modalități de sabotare a tratamentului, identificarea și recapitularea

224 tiparelor de relații cu obiectul semnificative. Acest studiu necontrolat a arătat scăderea semnificativă a spitalizărilor, a tratamentului în policlinică și o rată de renunțare la terapie foarte redusă (Clarkin, Foelsch, Levy, Hull, Delaney și Kernberg, 2001).

Abordările terapiilor cognitiv-comportamentale

Terapia cognitivă. Conform lui Beck et al. (1990), abordarea terapiei cognitive prezintă avantaje semnificative comparativ cu alte orientări în ceea ce privește tratarea indivizilor cu tulburare de personalitate borderline. Practic, încheierea terapiei cognitive este posibilă într-un interval de 18–30 de luni (Freeman et al., 1990), comparativ cu terapiile de orientare psihanalitică, acesta necesitând, de obicei, cinci până la șapte ani (Masterson, 1981).

Stabilirea unei relații de lucru bazate pe colaborare este primul pas, extrem de provocator, în procesul de tratament. Din moment ce încrederea și intimitatea reprezintă probleme majore pentru acești indivizi, este sugerată o abordare ce pune accentul pe colaborare, abordare strategică, bazată pe descoperirea ghidată. Recunoașterea explicită și acceptarea dificultății individului de a avea încredere în terapeut, comunicarea clară, asertivă și sinceră, respectarea acordurilor și comportamentul consecvent și de încredere îi oferă individului dovezi pe care se poate baza încrederea. Mai mult, se recomandă stabilirea limitelor care să includă specificarea unui contract de tratament. Centrarea inițială asupra obiectivelor comportamentale concrete este utilă în reducerea impactului generat de dificultatea individului borderline în ceea ce privește intimitatea și încrederea. Multora dintre aceste persoane li se pare mai puțin amenințător

225 să lucreze asupra unor aspecte care necesită o introspecție redusă și unde focalizarea se face pe comportament, mai degrabă decât pe emoții sau gânduri. Nu e de mirare că un punct central în terapia cognitivă constă în modificarea schemelor dezadaptative. Indivizii borderline consideră că lumea este un loc periculos, iar ei sunt neajutorați și în mod inerent defecti, într-o manieră care duce inevitabil la respingere și abandon de către ceilalți. Se sugerează ca aceste credințe să fie provocate treptat, „descojindu-le”, testând așteptările comparativ cu experiența anterioară, dezvoltând experiențe comportamentale pentru a testa așteptările și dezvoltând noi competențe și abilități de a face față situațiilor. Aceste persoane trebuie să învețe să-și provoace gândirea dihotomică, atât în ședințe, cât și în afara lor, întrucât diminuarea gândirii dihotomice duce adesea la reducerea labilității emoționale și a impulsivității. Intervențiile comportamentale, cum ar fi antrenamentul autodidact (Meichenbaum, 1977), pot fi utile în reducerea ulterioară a comportamentelor autodistructive impulsive.

Lipsa de complianță la tratament nu este o problemă neobișnuită în cazul indivizilor borderline, iar motivul ține adeseori de teama de schimbare. Din moment ce presupun că lumea este periculoasă și au o toleranță redusă față de ambiguitate, aceste persoane consideră schimbarea ca fiind amenințătoare — inclusiv creșterea în cursul tratamentului. Sunt recomandate abordarea deschisă a schimbării, examinarea riscurilor și beneficiilor, planificarea schimbărilor ca serie de pași mici și lipsa presiunii de a se schimba prea rapid. Temerile legate de încheierea tratamentului evocă probleme legate de abandon și respingere, ele necesitând să fie abordate cu grijă. Pe scurt, terapia cognitivă a persoanelor cu tulburare de personalitate borderline

226 începe prin dezvoltarea unei relații de lucru de încredere, bazată pe colaborare, iar apoi se concentrează asupra modulării dispozițiilor, impulsurilor și comportamentului prin metode cognitiv-comportamentale, pregătind scena pentru ca schemele de bază, precum abandonul, deficiența, incompetența și neîncrederea să fie modificate și schimbate.

În acord cu formularea lui Turkat (1990), conform căreia principala problemă pentru persoanele borderline se află în zona deficitelor abilităților de rezolvare de probleme, Turkat propune o metodologie de tratament ce implică mai multe strategii. Acestea sunt antrenamentul de bază în rezolvarea de probleme, antrenamentul de formare a conceptelor, gestionarea clasificărilor și gestionarea vitezei de procesare.

Terapia comportamentală dialectică. Caracteristica definitorie a acestei abordări a tratamentului este accentul pus pe dialectică, reconcilierea opuselor. Dialectica de bază pentru terapeuții care lucrează cu clienții cu tulburare de personalitate borderline constă în acceptarea comportamentelor, gândurilor și afectelor acestora, încurajându-i simultan să se schimbe. În consecință, tratamentul DBT necesită „schimbări de la moment la moment în utilizarea acceptării suportive versus strategii de confruntare și schimbare. Accentul plasat pe acceptare ca echilibru al schimbării derivă direct din integrarea perspectivei extrase din practica orientală (Zen) cu practica psihologică occidentală” (Linehan, 1993, p. 19).

Linehan (1993, 2015) a specificat patru modalități de tratament primare în DBT: terapia individuală; antrenamentul abilităților în cadrul grupului, contactul telefonic și consultarea terapeutului. Terapia de grup și alte modalități de tratament pot fi adăugate în funcție de decizia terapeutului.

227 Terapeutul individual este terapeutul principal, iar munca terapeutică esențială se desfășoară în ședințele de terapie individuală. Terapia individuală este conceptualizată ca având trei etape: început, mijloc și final (Marra, 2005). Componentele esențiale ale terapiei individuale dintr-o perspectivă DBT includ: analiza dialectică și coaching-ul clienților pentru a se gândi dialectic la situația lor; validarea sentimentelor, gândurilor și experiențelor clientului; echilibrarea strategiilor de coping centrate pe emoție cu cele centrate pe soluții; sprijinirea unei translații mai eficiente a atenției de la indiciile interne la cele externe; transmiterea unor noi abilități psihologice de coping și interpretarea non-peiorativă a comportamentului și afectelor clientului.

Antrenamentul abilităților se desfășoară, de obicei, într-un context de grup, ideal de către altcineva decât terapeutul individual. În grupurile de antrenament al abilităților clienții sunt învățați abilități considerate a fi relevante pentru problemele specifice ale indivizilor cu tulburare de personalitate. Există patru grupuri de abilități: abilități esențiale de mindfulness, abilități de eficiență interpersonală, abilități de modulare emoțională și abilități de tolerare a stării de stres. Fiecare dintre aceste abilități vizează exagerări cheie ale stilului/temperamentului. Totuși, cu anumiți clienți e posibil să reușim antrenamentul abilităților în contextul terapiei individuale (Marra, 2005).

Contactul telefonic cu terapeutul în afara orelor de program este oferit nu ca psihoterapie, ci mai degrabă pentru a-i ajuta și sprijini pe clienți să găsească alternative la automutilare, precum și pentru repararea relației atunci când clientul crede că și-a afectat relația cu terapeutul și vrea să o îndrepte înaintea următoarei ședințe.

Terapeuții DBT sunt încurajați să participe, în mod regulat, la grupurile de consultare pentru terapeuți. Aceste grupuri oferă atât suport emoțional terapeuților care se ocupă de clienți diferiți, cât și formare continuă în metodele DBT.

După o perioadă inițială de pre-tratament, care implică evaluarea, angajamentul și orientarea către terapie, DBT constă în trei etape de tratament.

- 1 Această etapă se concentrează asupra reducerii comportamentelor parasuicidare și suicidare, a comportamentelor care interferează cu terapia și a comportamentelor care afectează calitatea vieții. De asemenea, se concentrează asupra dezvoltării abilităților necesare pentru rezolvarea acestor probleme. Antrenamentul abilităților se desfășoară, de obicei, într-un format de grup, condus ideal de către o altă persoană decât terapeutul individual. În grupurile de antrenament al abilităților clienții sunt învățați abilități considerate a fi relevante pentru problemele specifice ale indivizilor cu tulburare de personalitate. Există patru categorii de abilități: abilități fundamentale de mindfulness, abilități de eficiență interpersonală, abilități de reglare/modulare emoțională și abilități de tolerare a stării de stres.
- 2 Această etapă se ocupă în special de problemele dificile de viață, inclusiv tratamentul problemelor legate de stresul posttraumatic, atunci când acesta este prezent. Cea mai mare parte a muncii se realizează în ședințele individuale.
- 3 Punctul central al acestei etape este reprezentat de stima de sine și obiectivele tratamentului individual. Comportamentele vizate în fiecare etapă sunt aduse sub control, înainte de a se face trecerea la următoarea etapă. În special problemele

legate de stresul posttraumatic, cum ar fi cele referitoare la abuzul sexual din copilărie, nu sunt abordate direct până ce etapa 1 nu a fost finalizată cu succes. În fiecare etapă, terapia se concentrează asupra unor obiective specifice pentru etapa respectivă, care sunt aranjate într-o ierarhie clară a importanței relative. Acestea includ: diminuarea comportamentelor suicidare, diminuarea comportamentelor care interferează cu terapia, diminuarea comportamentelor care interferează cu calitatea vieții, diminuarea comportamentelor legate de stresul posttraumatic, ameliorarea stimei de sine și obiective individuale negociate cu clientul.

Strategiile fundamentale din DBT sunt „validarea” și „rezolvarea de probleme.” Încercările de a facilita schimbarea sunt susținute de intervenții care validează comportamentul și răspunsurile clientului în raport cu situația sa de viață actuală, ceea ce demonstrează înțelegerea dificultăților și suferinței acestuia. Rezolvarea de probleme se focalizează asupra dezvoltării abilităților necesare. Alte modalități de tratament includ gestionarea contingențelor, terapiile cognitive bazate pe expunere și medicația. Deoarece în cazul indivizilor cu tulburare de personalitate borderline sunt frecvente comportamentele parasuicidare, suicidare și alte forme de comportamente de punere în act, gestionarea contingențelor este folosită, de obicei, în fiecare etapă de tratament.

Furnizarea terapiei DBT este mai ușor de realizat în contextul de spitalizare parțială sau tratament rezidențial decât în practica privată. Motivul are legătură cu faptul că, așa cum a fost descrisă ea de Linehan (1993), DBT este cel mai bine implementată cu o echipă de tratament, în care un terapeut oferă antrenamentul abilităților sociale, altul oferă terapie individuală, iar alții pot

230 oferi o funcție de consultare, terapeuții având acces la un grup de consultare pentru susținere.

Marra (2005) a oferit sugestii pentru adaptarea tratamentului DBT în contextele de practică privată. Deși recomandă ca antrenamentul abilităților să fie asigurat de un alt terapeut, Marra oferă un ghidaj pentru situația în care acest lucru nu este posibil. Cu toate acestea, el îi încurajează pe terapeuții cu practică privată care doresc să utilizeze DBT să aibă un contact regulat cu un consultant în psihoterapie, ca substitut al implicării într-un grup de consultare pentru terapeuți. Scopul acestui tip de consultare constă în clarificarea diagnosticului, precum și a planurilor de tratament și intervențiilor specifice cu un alt specialist care poate oferi o perspectivă nouă, poate confrunța interpretarea datelor și a situațiilor de către terapeut și poate avertiza în legătură cu eventualele încălcări ale limitelor.

Terapia strategiilor de coping cognitiv. Aceasta este o abordare cognitiv-comportamentală activă, directivă, didactică și structurată pentru tratarea indivizilor cu tulburare de personalitate (Sharoff, 2002). Este o abordare completă și de sine stătătoare a tratamentului, care începe cu evaluarea abilităților de coping ale individului — în termeni de lanțuri de abilități, subabilități și microabilități — iar apoi se trece la creșterea competenței abilităților în zonele vizate, după cum este necesar. Cele cinci domenii de abilități cheie includ: *abilitățile cognitive* — rezolvarea de probleme, antrenamentul autodidact și gestionarea propriei persoane; *abilitățile emoționale* — conținerea și compartimentarea emoționale; *abilitățile perceptivă* — schimbarea perspectivei, stoparea gândurilor și luarea unei distanțe psihologice; *abilitățile fiziologice* — antrenamentul de meditație și relaxare; și *abilitățile comportamentale* — antrenamentul de comunicare și asertivitate.

Sharoff (2002) descrie un protocol detaliat și un studiu de caz pentru folosirea acestei abordări structurate în cazul tulburării de personalitate borderline.

Terapia centrată pe scheme. Terapia centrată pe scheme reprezintă o extensie a terapiei cognitive dezvoltată de Young (1994, 1999; Young et al., 2015) special pentru tulburările de personalitate și alte probleme dificile, individuale și de cuplu. Terapia centrată pe scheme presupune identificarea schemelor dezadaptative și planificarea unor strategii și intervenții specifice. Cele patru strategii principale sunt: cognitivă, experiențială, comportamentală și relația terapeutică în sine. Restructurarea cognitivă, adică modificarea schemelor dezadaptative, este o strategie cognitivă importantă, fiind însă îmbinată cu exerciții de imagerie, confruntare empatică, teme pentru acasă și „reparentaj limitat”, adică o formă de experiență emoțională corectoare (Young, 1999; Young et al., 2015).

Schemele dezadaptative asociate de obicei cu tulburarea de personalitate borderline sunt: *abandonul*, convingerea că partenerul de viață nu poate și nu va oferi un sprijin de încredere și stabil; *deficiența* — credința că individul este defect, rău, nedorit sau inferior în aspecte importante; *neîncrederea/abuzul* — credința că ceilalți îl vor abuza, umili, înșela, manipula sau vor profita de el; *deprivare emoțională* — credința că dorința individului de sprijin social nu va fi satisfăcută de ceilalți; *izolarea socială* — credința că individul este alienat, diferit de ceilalți sau nu face parte din niciun grup; și *autocontrolul insuficient* — credința că individul este incapabil de autocontrol și toleranță în fața frustrării (Bernstein, 2002). Young et al. (2015) oferă un protocol de tratament detaliat pentru utilizarea abordării centrate pe scheme, în cazul tulburării de personalitate borderline.

Alte intervenții cognitiv-comportamentale. Smucker (1999) descrie o abordare cognitiv-comportamentală care include imageria ghidată pentru focalizarea directă asupra imaginilor și afectelor asociate cu abuzul din copilăria timpurie la persoanele borderline. Abordarea s-a dezvoltat din experiența de lucru a lui Smucker cu indivizi borderline grav traumatizați, care adesea îndeplineau criteriile pentru tulburarea de stres posttraumatic și au eșuat în tratamentele anterioare.

Abordarea interpersonală

Benjamin (2003a, 2007) a scris extensiv despre această abordare. În opinia ei, intervențiile psihoterapeutice asupra indivizilor cu tulburare de personalitate borderline pot fi planificate și evaluate în funcție de capacitatea lor de a spori colaborarea, de a facilita învățarea despre tiparele dezadaptative și originile acestora, de a bloca aceste tipare, de a amplifica voința de schimbare și de a încuraja în mod eficient noile tipare.

Benjamin furnizează o serie de observații privind facilitarea colaborării. Autoarea insistă ca terapeuții să le ofere acestor persoane un contract de consolidare a resurselor interioare, mai degrabă decât să faciliteze regresia. Colaborarea bazată pe consolidarea resurselor trebuie să sublinieze atât în ședințe, cât și în apelurile telefonice sau în holul clinicii că obiectivul mutual este de a construi, plecând de la punctele forte, astfel încât acești indivizi să-și poată reveni. Colaborarea trebuie să fie împotriva „lor”, a tiparelor distructive pe care ei îl au. În continuare, colaborarea sănătoasă necesită evitarea dezastrelor generate de transfer și contratransfer, prin limite ferme, fizice și verbale. Benjamin avertizează că tratamentul pe care îl susține nu este adecvat pentru

persoanele care nu sunt în măsură să convină asupra unui contract, în ceea ce privește consolidarea resurselor interioare.

Persoanele borderline trebuie să învețe să recunoască modul în care abandonul perceput declanșează un lanț de tipare autodistructive. Există probabilitatea ca acești indivizi să renunțe la automutilare, la autosabotare, la comportamente de punere în act criminale sau suicidare, dacă pot „divorța” de propriile figuri de atașament abuzive internalizate. În esență, ei trebuie să renunțe la dorința de a fi confirmați de aceste reprezentări internalizate. Se întâmplă așa prin dezvoltarea unei antipatii față de acele figuri sau prin dezvoltarea unui atașament înlocuitor față de cineva mai constructiv, cum ar fi clinicianul. Odată îndeplinite aceste sarcini, tratamentul se va focaliza, în continuare, pe facilitarea noilor achiziții. Scopul principal este ca aceste persoane să învețe cum să-și negocieze autonomia, rămânând, totodată, prietenoase.

Terapia interpersonală reconstructivă (IRT — Interpersonal Reconstructive Therapy). IRT a fost dezvoltată de Benjamin (2003b, 2007) pentru tratamentul acestei tulburări. Asemenea multor altor tratamente pentru tulburarea de personalitate borderline, IRT conceptualizează problema ca având legătură cu atașamentul inadecvat față de persoanele de îngrijire în dezvoltarea timpurie. Tiparele problematice sunt clasificate conform analizei structurale a comportamentului social, o metodă dezvoltată de Benjamin. Comportamentele sunt descrise în funcție de obiectul focalizării (altul, sine, ori sine ca și cum ar fi din partea altuia), afiliere (plasate pe axa dragoste-ură) și interdependență (plasate pe axa emancipare-control). Comportamentul pacientului borderline față de terapeut este clasificat în sistemul IRT ca fiind fie „Loialist regresiv” sau „Roșu”, atunci când pacientul

234 se implică în tipare vechi și distructive, fie „Colaborator al creșterii” sau „Verde”, atunci când pacientul îi răspunde terapeutului în moduri noi, eficiente. Roșu și Verde rămân în conflict pe parcursul tratamentului, până ce Colaboratorul Creșterii devine dominant în mintea pacientului. Există cinci etape în terapia interpersonală reconstrucitivă: stabilirea colaborării dintre terapeut și pacient; învățarea despre vechile tipare de comportament, cum ar fi de unde își au originea și cărui obiectiv îi servesc; blocarea tiparelor distructive; creșterea voinței de schimbare; învățarea de noi tipare. Așa cum se întâmplă și în cazul altor tratamente care au drept obiectiv restructurarea personalității, IRT este o formă de terapie de lungă durată, care se poate întinde pe parcursul mai multor ani.

Terapia de grup

Datele privind eficiența terapiei de grup în tratarea tulburărilor de personalitate sunt mai degrabă „firave”. Există numeroase cazuri descrise și chiar câteva studii controlate, dar nu au fost efectuate studii clinice randomizate, cu excepția tulburării de personalitate borderline. Există numeroase rapoarte de caz și studii clinice, și chiar și un studiu clinic randomizat despre tratamentul de grup al persoanelor cu tulburare de personalitate borderline. Mai mult, există un consens general că terapia de grup, în anumite condiții, are o eficacitate terapeutică enormă. Această secțiune va examina atât abordările terapiei de grup dinamice, cât și pe cele comportamentale, și va evidenția câteva cercetări reprezentative.

Literatura despre grupurile psihodinamice referitoare la personalitatea borderline începe în anii 1950. Există un consens

235 general că terapia dinamică de grup poate fi un complement util al terapiei dinamice individuale, fără a putea fi însă unicul tratament (Day și Semrad, 1971; Horowitz, 1980; Hulse, 1958; Slavson, 1964). Horowitz (1980) avertizează că pacienții borderline necesită psihoterapie individuală pentru a fi sprijiniți pe parcursul stresului generat de grup și pentru a-și integra afecțiile pe care grupurile le trezesc în ei. În plus, în absența psihoterapiei individuale, este probabilă încheierea prematură a terapiei de grup. Pe de altă parte, Pines (1975) susține că psihoterapia dinamică individuală desfășurată simultan nu este necesară, deoarece procesul de grup în sine reprezintă un mediu conținător potent, capabil să conțină impulsuri și proiecții primitive. Horowitz (1977) susține, de asemenea, ca psihoterapeutul individual să nu fie și terapeutul de grup, pentru a reduce astfel posibilitatea geloziei și a fantasmelor de favoritism în rândul celorlalți membri ai grupului.

În majoritatea lucrărilor despre terapia de grup dinamică pentru pacienții borderline sunt preferate grupurile eterogene comparativ cu cele omogene. Autorii insistă că pacienții borderline sunt mai eficient tratați în grupuri care constau în indivizi mai înalt funcționali, cu nevroze și alte tulburări de personalitate (Day și Semrad, 1971; Horowitz, 1977; Stone și Weissman, 1984). Există, totuși, rezultate din cercetare care susțin folosirea grupurilor omogene, în care toți pacienții au diagnostic de tulburare de personalitate borderline (Finn și Shakir, 1990; Linehan et al., 1991; O’Leary, Tunrer, Gardner și Cowdry, 1991).

Avantajele terapiei dinamice de grup includ „diluarea transferului intens” (Horowitz, 1980) care rezultă din prezența unor obiecte transferențiale multiple, în locul unui singur clinician în terapia individuală care le cuprinde pe toate. Furia este, în

236 schimb, diluată și direcționată către alți membri ai grupului. De asemenea, pacienților borderline le este mai ușor să accepte feedbackul și confruntarea din partea celorlalți membri ai grupului decât din partea terapeutului. Grupurile oferă și numeroase ocazii de a înțelege și stăpâni mecanisme de apărare tipic borderline, precum clivajul și identificarea proiectivă.

Există unele dezavantaje și dificultăți în tratamentul de grup al pacienților borderline. În primul rând, acești pacienți pot fi cu ușurință transformați în țapi ispășitori din cauza modului lor primitiv de exprimare. În al doilea rând, în mijlocul concurenței dintre ceilalți membri ai grupului pentru grija liderului de grup, ei se pot simți privați de ea. În plus, pot păstra o anumită distanță în grup din cauza atașamentului intim față de psihoterapeutul lor individual (Gabbard, 2014).

Grupurile de orientare dinamică cu persoanele borderline tind să acopere un continuum de la psihologia Eului (Finn și Shakir, 1990; O'Leary et al., 1991) până la psihologia sinelui (Harwood, 1992).

Grupurile de terapie comportamentală pentru pacienții borderline se concentrează mai puțin asupra explicațiilor subiacente ale comportamentului simptomatic și mai mult pe a-i ajuta pe acești pacienți să dobândească abilitățile specifice necesare pentru a-și controla afecțele, pentru a-și reduce distorsiunile cognitive și identificările proiective și pentru a găsi alternative la comportamentele autodistructive. Linehan (1987, 1993, 2015) oferă o strategie procedurală pentru tratamentul comportamentului autodistructiv și al impulsivității, numită „terapie comportamentală dialectică”. Deși destinate inițial femeilor borderline cu comportament parasuicidar cronic, strategiile și intervențiile de tratament au aplicabilitate în cazul indivizilor

237 cu funcționare mai înaltă. Ședința de grup folosește tehnici didactice, antrenamentul abilităților și tehnici de exersare comportamentală centrate pe dependență și alte tipare interpersonale, precum și spre ameliorarea toleranței față de afecțe. Aceste ședințe bisăptămânale sunt completate cu consiliere individuală săptămânală.

Vom sublinia succint câteva cercetări remarcabile privind tratamentul de grup al persoanelor borderline. Nehls (1991; Nehls și Diamond, 1993) prezintă date legate de procesul și rezultatele obținute în terapia de grup a pacienților borderline aflați într-un format de tratament omogen. Formatul de grup a fost înalt structurat, deși membrii grupului și-au definit propriile obiective de tratament. Rezultatele obținute de pacienți au inclus diminuarea depresiei și a ostilității, aspect asociat în mare parte cu două intervenții: furnizarea și căutarea de informații. Dick și Wooff (1986) au comunicat date privind o terapie dinamică limitată în timp, cu grupuri eterogene care conțineau mai mulți pacienți borderline. Grupul s-a reunit zilnic, timp de 12 săptămâni. Monitorizarea la distanță de un an de la încheierea terapiei de grup a arătat o reducere cu 82% a utilizării serviciilor psihiatrice, comparativ cu un grup de control al pacienților netratați. Monitorizarea la distanță de trei ani a arătat că acele câștiguri au fost menținute. În sfârșit, Linehan et al. (1991) au examinat paciente borderline parasuicidare, repartizate aleatoriu în grupurile de terapie comportamentală dialectică sau în tratamentul tradițional în comunitate pentru o perioadă de un an. Pacientele din grupurile comportamentale au avut mai puține incidente de tip parasuicid, au fost mai predispușe să rămână în terapia individuală și au avut mai puține zile de internare la psihiatrie comparativ cu pacientele din grupul

238 de tratament tradițional. Măsurătorile din cadrul monitorizării de după doi ani de la acest studiu inițial, precum și studiile ulterioare, au arătat că terapia comportamentală dialectică a fost un tratament eficient, iar câștigurile s-au menținut în timp (Linehan, 1993, 2015). Un alt studiu randomizat controlat, în care BDT a fost comparată cu managementul psihiatric general a constatat că ambele forme de tratament au fost la fel de eficiente în tratarea tulburării de personalitate borderline (McMain et al., 2009).

O abordare bazată pe manual, numită psihoterapia gestionării relațiilor, este o terapie de grup limitată în timp. Această formă de terapie le permite pacienților borderline să-și aleagă propriul tratament și îi obligă pe cei care amenință cu autovătămarea sau care acționează agresiv să fie excluși din programul staționar timp de 24 de ore. Într-un studiu clinic randomizat (Clarkin, Marziali, și Munroe-Blum, 1991), terapia a fost comparată cu o psihoterapie individuală dinamică și deschisă. Hoch, O'Reilly și Carscadden (2006) au comparat ratele medii anuale ale rezultatelor pentru 27 de pacienți care au fost înscriși într-un program de terapie de gestionare a relațiilor, consecutiv, din 1998 până în 2000. Autorii au descoperit reduceri semnificative în utilizarea metodelor de constrângere, a supravegherii de către personalul spitalicesc, a comportamentelor de autovătămărire și a zilelor de tratament în context de internare.

Terapia de cuplu și de familie

Famiiliile pacienților borderline manifestă, adeseori, o patologie severă, care poate avea o semnificație etiologică. Părinții pacienților borderline prezintă o incidență ridicată a tulburărilor

afective, alcoolismului, tulburării de personalitate antisocială și tulburării sau trăsăturilor de personalitate borderline. De obicei, relația parentală este caracterizată de neglijență și hiperprotecție. Terapia de familie poate fi utilă, iar în unele situații necesară pentru menținerea pacienților borderline în psihoterapia ambulatorie. Se întâmplă așa în special atunci când pacienții borderline rămân dependenți din punct de vedere financiar și/sau emoțional de părinții lor.

Terapia de familie cu persoanele borderline s-a dezvoltat de-a lungul a cel puțin trei linii teoretice. Prima este cea psihodinamică, în special în termenii relațiilor cu obiectul și ai teoriei sistemelor. Everett, Halperin, Volgy și Wissler (1989) prezintă cea mai completă analiză despre această abordare în cartea lor „*Treating the Borderline Family: A Systemic Approach*”. Autorii specifică următoarele obiective de tratament: (1) creșterea capacității familiei de a reduce procesul de clivaj sistemic; (2) creșterea capacității membrilor familiei de a-și apropria obiectele clivate și de a se deplasa spre interacțiunea cu ceilalți ca „persoană întreagă”; (3) reducerea comportamentului opozițional și stereotip al tuturor membrilor familiei; (4) „restabilirea” limitei externe, pentru sistemele neclare și pentru cele intergeneraționale deopotrivă; (5) „restabilirea” limitei interne pentru subtipurile conjugal, părinte-copil și frate/soră; și (6) îngăduirea unei alianțe mai clare între părinți și limitarea atitudinii intruzive mutuale a copiilor și a părinților. Cele cinci strategii de tratament pentru îndeplinirea acestor obiective în contextul tratamentului ambulatoriu de familie sunt: dezvoltarea și menținerea unei structuri terapeutice; testarea realității în familie; decuplare interacțională; intervenția în sistemul intergenerațional; și solidificarea alianței maritale și a subsistemului fratern.

O altă orientare de tratament este abordarea structurală a familiei, dezvoltată de Minuchin (1974). Schane și Kovel (1988) descriu patologia borderline severă în termenii unui subsistem conjugal care este hiperimplicat intern, dar simultan distant și decuplat de la sistemul familial. Ca urmare, femeile borderline dețin la nivelul sistemelor un echivalent al clivajului obiectului, în care subsistemele familiale sunt organizate în jurul unor extreme dihotomice: coluziune și sabotaj; loialitate și găsierea țapului ispășitor; incluziune și respingere; îngrijire și neglijare; simbioză și abandon. Acesta este tiparul structural al interacțiunilor de familie care reprezintă punctul central al schimbării sistemice. Lachkar (1992) oferă o analiză amplă a unei abordări integrate din perspectiva relațiilor cu obiectul și psihologiei Sinelui a tratamentului de cuplu al pacienților borderline. Autoarea oferă un protocol detaliat de tratament și mai multe prezentări de caz care ilustrează această metodă.

O a treia opțiune este abordarea terapiei de ameliorare a relațiilor pentru familiile și cuplurile borderline. Terapia a fost dezvoltată de Guerney (1977) și integrează antrenamentul abilităților sociale, principiile psihodinamice și tehnicile de terapie interpersonală. Deoarece pacienții borderline prezintă deficiențe majore în ceea ce privește diferențierea sinelui și comunicarea, accentul pus de această terapie pe dezvoltarea abilităților în unele domenii pare promițător în contextul cuplurilor și al familiilor, în special pentru pacienții borderline cu disfuncționalitate ușoară până la moderată (Harman și Waldo, 2001; Waldo și Harman, 1993). Clinicianul funcționează în mare parte ca un coach, pentru a dezvolta abilitățile relaționale necesare, de obicei în ședințe de două ore. Waldo și Harmon (1993) prezintă un caz de intervenție limitată în timp, care a avut

succes. Monitorizarea la distanță de 12 luni a arătat că modificările s-au menținut. Autorii descriu și ilustrează folosirea a doi terapeuți care lucrează împreună cu cuplurile în care un partener prezintă tulburarea de personalitate borderline (Waldo și Harman, 1998). Principiile fundamentale ale terapiei de ameliorare a relațiilor sunt discutate mai mult în lucrarea lui Accordino, Keat și Guerney (2003), alături de un studiu de caz al unui adolescent cu o tulburare mentală gravă și cu dependență de substanțe.

Lachkar (1999) oferă o perspectivă suplimentară asupra tratamentului cuplurilor, în care un partener are o structură de personalitate borderline, în timp ce celălalt partener are un tipar narcisic. Solomon (1999) abordează și el tratamentul cuplului borderline-narcisic dintr-o perspectivă psihanalitică întrucâtva diferită.

Medicația

În tratamentul acestei tulburări se folosește în mod obișnuit medicația. De obicei, țintele de tratament sunt instabilitatea afectivă, sensibilitatea interpersonală, impulsivitatea, agresivitatea, episoadele psihotice tranzitorii și comportamentul de autovătămare. Litiul și carbamazepina au vizat instabilitatea afectivă, în timp ce agenții serotoninergici au fost eficienți în cazul impulsivității și al agresivității. Agenții serotoninergici, precum fluoxetina și sertralina, sunt eficienți pentru reducerea sensibilității și reactivității interpersonale (Reich, 2002). În cazul celor cu sensibilitate la respingere și un istoric de complianță bună la tratament, poate fi luată în considerare o încercare a unui IMAO (inhibitor de monoaminoxidază) dacă toate

242 celelalte abordări au eșuat. Agenții serotoninergici au o anumită eficacitate în cazul indivizilor histrionici slab funcționali care manifestă impulsivitate și instabilitate afectivă (Reich, 2002). Episoadele psihotice tranzitorii, inclusiv tulburările ușoare de gândire și disocierea, sunt cel mai bine abordate cu antipsihotice atipice în locul neurolepticelor tradiționale, care prezintă riscul de dischinezie tardivă. În sfârșit, pentru comportamentul de autovătămare, încercările cu SSRI au fost de ajutor. Dacă nu, se poate lua în considerare ca adjuvant naltrexona, dacă este necesar (Reich, 2005).

În ultimii ani, quetiapina (Seroquel) a devenit medicamentul cel mai frecvent prescris pentru tulburarea de personalitate borderline, probabil pentru că reduce diverse simptome precum anxietatea, posibil pentru că are un efect sedativ. Este un medicament antipsihotic, în general bine tolerat. Acest lucru înseamnă că are puține efecte adverse și, în mod specific, are un potențial redus pentru simptome extrapiramidale (tremor și rigiditate). Cu toate acestea, poate provoca creșterea în greutate (Diamond, 2009). Au fost raportate cercetări foarte bine concepute care confirmă ceea ce clinicienii știau de ceva timp. Într-un studiu controlat randomizat, s-a constatat că doza mică de quetiapină (150 mg/zi) a fost eficientă în reducerea severității generale a simptomelor la persoanele cu tulburare de personalitate borderline. Cele mai multe ameliorări au fost observate în cazul agresivității verbale și fizice, dar mai puțin în ceea ce privește impulsivitatea și depresia (Black et al., 2014).

În tratamentul indivizilor borderline există unele potențiale complicații sau dezavantaje privind farmacoterapia. În primul rând, este vorba de lipsa de complianță legată fie de efectele secundare, fie de beneficiile secundare. Medicamentele pot servi

243 drept pârghie pentru a-l controla pe medicul care prescrie rețeta sau pe alți îngrijitori. Solicitățile pentru modificări frecvente ale dozajului sau ale tipului de medicamente, supradozarea și eșecul de a lua medicația prescrisă sunt toate mijloace de punere în act a transferului. În al doilea rând, persoanele borderline pot să le apară celorlalți că având o stare ameliorată de la medicație, dar ele relatează că se simt mai rău sau vice-versa. Gunderson (1989) a sugerat că acest paradox aparent ar putea să fie cauzat de percepția individului că îmbunătățirea simptomatică va avea ca rezultat consecințe nedorite, cum ar fi pierderea sau abandonarea satisfacțiilor dependenței.

Abordări combinate și integrate ale tratamentului

Există un consens considerabil că tratamentul combinat este esențial sau, cel puțin, preferabil pentru patologia borderline, dată fiind severitatea acesteia și rezistența aparentă la tratament. În mod clar, există diferențe între prognoza și tratabilitatea pacienților borderline înalt funcționali (adică GAF peste 65) și a celor cu funcționare redusă (adică GAF sub 45). Relatările privind succesul tratamentului bazat numai pe psihoterapia psihanalitică individuală tradițională pot fi posibile cu indivizii borderline cu cel mai înalt nivel de funcționare, dar nu sunt foarte probabile cu indivizii borderline cu funcționare mai redusă. În acord cu premisa de bază a cărții de față, cu cât funcționarea, motivația și disponibilitatea pacientului față de tratament sunt mai scăzute, cu atât mai mult tratamentul trebuie integrat și combinat.

Cea mai frecventă recomandare pentru tratamentul combinat constă în prescrierea terapiei individuale și a terapiei de grup

deopotrivă. În prezent, nu există un consens cu privire la abordările teoretice care trebuie combinate sau dacă trebuie combinate sau utilizate succesiv. Prima recomandare a tratamentului combinat a fost a lui Tacbacnik (1965), care a susținut psihoterapia individuală dinamică și, simultan, terapia dinamică de grup. Pe de altă parte, Horowitz (1977, 1980) pledează pentru utilizarea succesivă a terapiei dinamice de grup și a celei individuale, experiența în grup pregătindu-l pe pacient să utilizeze productiv terapia individuală. Clarkin et al. (1991) recomandă și ei combinarea modalităților individuale și de grup, dar favorizează tratamentul individual al comportamentului, alături de un tratament de grup pe bază de manual și desfășurat pe termen lung.

Alții recomandă combinarea terapiei individuale cu terapia familială. Printre aceștia se numără Kernberg (2014), care descrie indicațiile atât pentru utilizarea concomitentă, cât și pentru cea succesivă a acestor modalități.

Berger (1987) recomandă psihoterapia combinată cu farmacoterapia, deoarece acești indivizi sunt dificil de tratat doar printr-o singură modalitate. Berger observă că tratamentul combinat poate fi complicat de tendința persoanei borderline de a idealiza un tratament și de a-l nega pe celălalt. Koenigsberg (1993) oferă o analiză foarte serioasă a combinării medicamentelor și psihoterapiei, subliniind indicațiile și contraindicațiile pentru această decizie de tratament. De asemenea, el descrie complicațiile inerente strategiei combinate de tratament, dar consideră că acestea pot fi abordate prin structurarea specială a tratamentului, atenția la problemele de contratransfer și vigilența față de clivaj. Koenigsberg susține că îmbinarea medicației și a psihoterapiei are o valoare considerabilă pentru pacienții cu simptomatologie

gravă, pentru cei predispuși la lipsă de complianță la tratament sau la furtuni afective netratabile și regresie psihotică. Bellino și colaboratorii (Bellino, Rinaldi și Bogetto, 2010) au constatat că în tratamentul pacienților borderline terapia combinată, cu antidepressive și psihoterapie interpersonală, a fost mai eficientă decât farmacoterapia singură. Analizele ulterioare ale acestor cercetători au evidențiat faptul că pacienții cu psihopatologie mai severă au avut o șansă mai bună de ameliorare cu acest tratament combinat (Bellino, Bozzatello și Bogetto, 2015).

Lazarus (1985), creatorul terapiei multimodale, susține utilizarea combinată a mai multor modalități, simultan sau succesiv, pentru o diversitate de pacienți dificili, inclusiv pentru persoanele borderline. Vaccani (1989) descrie tratarea indivizilor cu tulburare de personalitate borderline care abuzează de alcool prin psihoterapie, terapie de familie, terapie de grup și întâlniri la Alcoolicii Anonimi. Nehls și Diamond (1993) descriu modalitățile de intervenție pentru indivizii borderline mai slab funcționali într-un cadru comunitar. Aceste modalități, care sunt coordonate și continue, includ: terapie individuală, terapie de grup, medicație, servicii destinate consumului de droguri și alcool, reabilitare psihosocială, intervenție în caz de criză și adăposturi de criză.

În prezent, se acceptă în general că un model de tratament integrat este cel mai potrivit pentru abordarea tulburărilor de personalitate (Clarkin, Cain și Livesley, 2015; Livesley, 2012). Deși există anumite diferențe semnificative între diferitele modele de tratament dezvoltate pentru tulburarea de personalitate borderline, au fost identificate unele elemente comune tuturor modelelor, care contribuie la succesul tratamentului. Poate că cel mai important element dintre acestea constă în cultivarea și

246 menținerea unei relații terapeutice pozitive între terapeut și pacient. Acest lucru presupune cinci elemente principale, indiferent de orientare sau model: cultivarea conștientizării emoționale; structurarea tratamentului; atitudinea receptivă; supervizarea sau implicarea și sprijinul echipei; și explorarea rupturilor din relație (McMain, Boritz și Leybman, 2015).

6

Tulburarea de personalitate dependentă

Indivizii cu personalități dependente prezintă un tipar pervaziv de dependență și submisivitate. Tind să fie persoane excesiv de pasive, nesigure, care se sacrifică pe sine și sunt lipsite de asertivitate, devenind mult prea dependente de una sau mai multe persoane pentru ghidaj și sprijin (Bornstein, 2012). În ciuda faptului că este una dintre cele mai puțin studiate tulburări de personalitate (Simon, 2009), tratamentul tulburării de personalitate dependentă poate fi extrem de eficient și încununat de succes.

Capitolul de față descrie un cadru pentru evaluarea și tratamentul eficient al acestei tulburări. Sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz și intervențiile de tratament. Se începe cu informații de fond despre tulburare, precum și cu o descriere DSM-5 și o descriere prototip a tulburării. Secțiunea privind conceptualizarea de caz oferă cinci formulări clinice generale ale acestei tulburări: psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală, interpersonală și o conceptualizare integrativă a tulburării. De asemenea, sunt descrise mai multe metode de

248 tratament, modalități și strategii de intervenție. Printre acestea se numără psihoterapia individuală, terapia de grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat.

Descrierea tulburării de personalitate dependentă

Tulburarea de personalitate dependentă poate fi recunoscută cu ajutorul următorilor descriptori și caracteristici: stil vs. tulburare, eveniment declanșator, stil comportamental, stil interpersonal, stil cognitiv, stil afectiv, stil de atașament și criteriu optim de diagnostic.

Stil vs. tulburare. Personalitatea dependentă poate fi concepută ca acoperind un continuum de la sănătate la patologic, în care stilul de personalitate dependent se află la extrema sănătății, iar tulburarea de personalitate dependentă se află la extrema patologiei. Tabelul 6.1 compară și diferențiază stilul de personalitate dependent de tulburarea de personalitate dependentă.

TABELUL 6.1 Comparatie între stilul de personalitate și tulburarea de personalitate dependentă

Stilul de personalitate	Tulburarea de personalitate
Atunci când iau decizii le este confortabil să ceară opinia și sfatul celorlalți, dar, în final, iau propriile decizii.	Incapabili să ia decizii cotidiene, fără excesiv de multe sfaturi sau încurajări din partea celorlalți; le permit celorlalți să ia cea mai mare parte a deciziilor lor importante.

Susțin cu grijă relațiile armonioase cu persoanele importante din viața lor, fiind politicoși, agreabili și plini de tact.

Sunt de acord cu ceilalți, chiar și atunci când consideră că aceștia greșesc, de teamă să nu fie respinși.

Deși respectă autoritatea și preferă rolul de membru al echipei, pot iniția și finaliza sarcini de unii singuri.

Au dificultăți semnificative în a demara proiecte sau a se implica în activități în mod independent.

Plini de atenție și capabili să le facă pe plac altora. Ocazional, vor suporta disconfortul personal pentru a face o faptă bună pentru oamenii cheie din viața lor.

Se oferă voluntari să facă lucruri care sunt neplăcute sau umilitoare, doar pentru a-i face pe ceilalți să-i simpatizeze.

Sunt înclinați să prefere compania unei persoane sau a mai multora decât să fie singuri.

Se simt incomod sau neajutorați atunci când sunt singuri și se străduiesc din răspuțeri să evite să rămână singuri.

Țind să fie puternic implicați în relații și se străduiesc din greu să le susțină.

Se simt devastați sau neajutorați atunci când o relație apropiată se încheie și sunt preocupați în mod frecvent de teama ca nu cumva să fie abandonați.

Pot lua măsuri corectoare ca răspuns în fața criticilor.

Ușor răniți de critici sau dezaprobare.

Următoarele două studii de caz ilustrează diferențele între tulburarea de personalitate dependentă — dna C. — și stilul de personalitate dependent — dl B.

STUDIU DE CAZ: TULBURAREA DE PERSONALITATE DEPENDENTĂ

Dna C. este o femeie în vârstă de 38 de ani, necăsătorită, cu simptome de panică, simptome care au debutat cu aproximativ trei ani în urmă. Odată ce au apărut atacurile de panică, doamna C. s-a mutat înapoi în casa părinților ei și a devenit aproape total legată de casă, temându-se că „panica ar putea să lovească ori-când”. Și-a descris ambii părinți ca fiind plini de grijă, preocupați și drept „cei mai buni prieteni ai mei”, pe care se bazează excesiv de mult. Apelează la ei să o susțină financiar și emoțional și să ia decizii pentru ea. În plus, Dna C. s-a obișnuit treptat cu Valiumul, care îi fusese prescris pentru simptome de panică.

STUDIU DE CAZ: STILUL DE PERSONALITATE DEPENDENT

În ultimii șapte ani, Dl B. a lucrat ca asistent social pentru o agenție de adopții. Consideră că munca sa îl împlinește și este simpatizat de ceilalți membri ai personalului, precum și de către copiii și viitorii părinți cu care lucrează. Este o persoană foarte grijulie, afectuoasă și amabilă. Cu un an înainte, a început să se vadă cu Sandra, unul dintre medicii pediatri cu care colaborează agenția. Relația a fost fericită și satisfăcătoare pentru ambele părți, probabil datorită eforturilor dlui B. Nu-i vine să creadă că un medic poate fi interesat să fie într-o relație cu el și-și exprimă aprecierea în nenumărate moduri. Nu există prea mult timp petrecut cu ea sau suficiente lucruri pe care să le facă pentru Sandra. O idealizează, face toate eforturile pentru a o ajuta

să se simtă confortabil și în siguranță și, în mod regulat, îi solicită opiniile și sfatul. Cu toate acestea, insistă că are propriile idei; după numeroase dezbateri și introspecție, a cumpărat o mașină sport scumpă, deși Sandra considera că a fost ceva extravagant.

Eveniment declanșator. Situația tipică, circumstanța sau evenimentul care, cel mai probabil, declanșează sau activează răspunsul caracteristic dezadaptativ al tulburării de personalitate dependentă (Othmer și Othmer, 2002), după cum se observă în stilurile comportamentale, interpersonale, cognitive și afective, ține de „așteptările legate de a se descurca singur și/sau a fi singur”.

Stil comportamental. Stilul comportamental al personalităților dependente este caracterizat prin docilitate, pasivitate și lipsă de asertivitate.

Stil interpersonal. În relațiile interpersonale, aceste persoane tind să le facă pe plac altora, să se sacrifice și să fie adezive, cerând constant încurajări din partea celorlalți. Docilitatea lor și dependența de ceilalți duc la cerința subtilă ca ceilalți să-și asume responsabilitatea pentru domeniile importante din viața lor.

Stil cognitiv. Stilul cognitiv al personalităților dependente este caracterizat de sugestibilitate. Adoptă cu ușurință o atitudine de un optimism incurabil privind viața. Mai mult, sunt înclinați să minimalizeze dificultățile, iar din cauza naivității lor sunt ușor de convinși, iar ceilalți profită cu ușurință de ei. Pe scurt, acest stil de gândire este lipsit de critică și capacitate de observație.

Stil afectiv. Stilul lor emoțional sau afectiv este caracterizat prin nesiguranță și anxietate. Deoarece le lipsește încrederea în sine, simt un disconfort semnificativ la gândul de a rămâne

252 singuri. Tind să fie preocupați de teama de abandon sau de dezaprobarea celorlalți. Dispoziția lor emoțională tinde să fie de anxietate sau teamă, având totodată un aer posomorât sau trist.

Stil de atașament. Dimensiunea atașamentului preocupat este caracterizată prin sentimentul lipsei de valoare personală și o evaluare pozitivă a celorlalți. Acești indivizi tind să fie foarte orientați către exterior în modul în care se autodefinesc. Acest stil de atașament preocupat este frecvent la indivizii cu tulburare de personalitate dependentă (Lyddon și Sherry, 2001).

Criteriul optim de diagnostic. Dintre toate criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate dependentă, unul a fost identificat ca fiind cel mai util în diagnosticarea acestei tulburări. Convingerea este că, începând cu acest criteriu, clinicianul poate testa prezența sau absența criteriului și poate diagnostica mai repede tulburarea de personalitate (Allnutt și Links, 1996). Criteriul optim pentru această tulburare este: are nevoie ca ceilalți să-și asume responsabilitatea pentru principalele domenii din viața sa.

Descrierea DSM-5

Indivizii cu această tulburare de personalitate sunt caracterizați printr-o nevoie excesivă și pervazivă ca altcineva să aibă grijă de ei și se agață de ceilalți, de teama separării. Atunci când iau decizii, caută sfaturile și încurajările celorlalți, în mod constant. Mai mult decât orice, își doresc ca ceilalți să-și asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii din viața lor. Nu e de mirare că arareori își exprimă dezacordul

25: față de ceilalți, de teamă că le vor pierde sprijinul și aprobarea. Deoarece le lipsește încrederea în propria judecată și în propriile abilități, le este dificil să înceapă proiecte și să facă lucruri de unii singuri. Acești indivizi se vor implica și în acțiuni care sunt dificile sau neplăcute, pentru a primi sprijin și afecțiune din partea celorlalți. Din cauza temerilor nerealiste că nu vor fi capabili să aibă grijă singuri de ei înșiși, se simt neajutorați sau inconfortabil atunci când sunt nevoiți să fie singuri. Atunci când o relație apropiată este gata să se încheie, caută imediat altă relație suportivă și plină de afecțiune. În sfârșit, ajung să fie preocupați de teama de a fi lăsați să aibă grijă singuri de ei înșiși (American Psychiatric Association, 2016).

Descrierea prototip

Un prototip este o scurtă descriere care surprinde esența modului în care o anumită tulburare se prezintă în mod obișnuit. Descrierile prototip sunt utile și convenabile, iar clinicienii se bazează în mod obișnuit pe ele, mai degrabă decât pe liste de criterii comportamentale sau convingeri fundamentale (Westen, 2012). Iată o descriere prototip obișnuită a tulburării de personalitate dependentă: aceste persoane se simt inadecvate, slabe și neajutate. Nu au prea mare grijă de ele însele. Le este aproape imposibil să-și ia propriile decizii și nu se simt bine la gândul de a fi singure. Neajutorarea lor le face să fie supuse și servile. Prin urmare, sunt mai mult decât dispuse să pună nevoile și opiniile celorlalți înaintea propriilor nevoi și opinii. Practic, acești indivizi vor face tot ceea ce este necesar pentru a-i determina pe alții să țină la ei, să le ofere afecțiune și să le ghideze viața (Frances, 2013).

Prevalența acestei tulburări a fost estimată între 0,49 și 0,6 procente în populația generală (American Psychiatric Association, 2016). În contextele clinice, estimările sunt că este prezentă la 1,4 până la 47 procente dintre pacienți (Torgersen, 2012).

Conceptualizări ale tulburării de personalitate dependentă

Conceptualizare de caz psihodinamică

Primii autori psihanalitici au susținut că personalitățile dependente se formează în faza orală a dezvoltării psihosexuale. Formulările contemporane văd dezvoltarea dependenței ca funcție a supra-implicării și intruzivității parentale — în special din partea mamei — în toate etapele dezvoltării. Aceste persoane au adeseori un istoric de recompensă parentală pentru păstrarea loialității și respingere parentală subtilă, ori de câte ori au încercat separarea și independența. Reacția lor consta în plâns și comportament adeviziv, fiind, totodată, imobilizați de frica și groaza de abandon. Poziția lor supusă este rezultatul unor factori inconștienți cu multiplă determinare. Gabbard (1990) observă că personalitățile dependente caută, de obicei, să fie îngrijite de alții, din cauza anxietății lor subiacente, care adesea maschează agresivitatea. Prin urmare, dependența poate fi privită ca o formațiune de compromis care îi apără de propria ostilitate. Mai mult, comportamentul dependent poate fi utilizat și pentru a evita reactivarea experiențelor traumatice din trecut.

Millon și Everly (1985) speculează că personalitățile dependente au manifestat un temperament temător, retras sau trist ca sugari. Prin urmare, astfel de comportamente aveau o mare probabilitate să trezească un comportament hiperprotector din partea îngrijitorilor. Millon (1981) observă că acești indivizi dependenți tind să aibă tipuri corporale ectomorfe (subțiri și fragili) sau endomorfe (corpolenți și greoi) care contribuie la pragurile joase de energie și la lipsa de vigoare fizică.

Factorii de mediu precum hiperprotecția parentală, deficitul competitiv și programarea rolului social par a interacționa cu aceste predispoziții biologice, rezultând tiparul de personalitate dependentă. Adesea, hiperprotecția parentală împiedică dezvoltarea comportamentului de coping autonom, cum ar fi asertivitatea, rezolvarea de probleme și luarea de decizii. Hend, Baker și Williamson (1991) arată că familiile persoanelor cu tulburare de personalitate dependentă sunt caracterizate printr-o expresivitate redusă și control crescut, comparativ cu familiile din grupurile de control normale și clinice, ceea ce este ilustrativ pentru întărirea pervazivă a comportamentului dependent. În afara relației parentale, acești copii trăiesc adesea umilirea socială și îndoiele privind eficacitatea lor în situații interpersonale. Prin astfel de experiențe repetate, ei au învățat, mai ales ca adolescenți, că este de preferat să rămână supuși decât să depună eforturi să fie competitivi. Mai mult, normele culturale și sociale par a întări tiparele de comportament pasiv și dependent în rândul femeilor, dar și în rândul bărbaților cu constituție endomorfă și ectomorfă. În sfârșit, tiparele de personalitate dependentă se perpetuează de la sine prin întărirea comportamentelor dependente;

256 prin evitarea activităților care susțin creșterea, adică a celor care ar putea fi provocatoare, amenințătoare sau generatoare de anxietate; și prin denigrarea propriei persoane, prin care aceste persoane nu numai că îi conving pe ceilalți că sunt inferioare, defecte și incapabile de independență, dar se conving și pe ele însele (Millon și Davis, 1996).

Conceptualizare de caz cognitiv-comportamentală

Conform lui Beck (2015), personalitatea dependentă își are originile în asumțiile de bază despre sine și lume. În mod tipic, aceste persoane se percep pe ele însele ca fiind inadecvate, slabe, neputincioase, incompetente și neajutorate. Ceilalți sunt percepuți ca fiind puternici, hrănitivi, suportivi și capabili să aibă grijă de ei. Credințele înrudite includ nevoia de sprijin din partea unor indivizi puternici și plini de grijă pentru a putea supraviețui astfel, indivizi care să ia decizii în locul lor. De asemenea, sunt convinși că trebuie să rămână apropiați de aceste persoane și să nu-i nemulțumească. Nu e de mirare că astfel de credințe sunt reflectate în strategia sau tiparul lor principal de a se subordona și de a le face pe plac altora (Beck, 2015; Brauer și Reinecke, 2015).

Prin urmare, e posibil ca acești indivizi să concluzioneze că trebuie să se bazeze pe altcineva, care este mai puternic și mai potrivit să aibă grijă de ei și să-i protejeze. Pentru această siguranță plătesc un preț considerabil. În primul rând, trebuie să renunțe la responsabilitate și să-și subordoneze propriile nevoi. În al doilea rând, trebuie să renunțe la ocaziile de a-și însuși abilități precum asertivitatea, luarea deciziilor și rezolvarea de probleme. În sfârșit, trebuie să se confrunte cu temeri

de respingere și abandon dacă relația lor adezivă se încheie. Principala distorsiune cognitivă a unor astfel de indivizi dependenți este gândirea dihotomică referitoare la independență (Brauer și Reinecke, 2015). De exemplu, ei consideră că sunt totodată conectați și dependenți în totalitate de un altul sau total singuri și independenți, fără nicio gradăție între ele. De asemenea, ei cred că lucrurile sunt fie „corecte”, fie „greșite” și există fie „succes absolut”, fie „eșec absolut”. O altă distorsiune cognitivă observată la personalitățile dependente este „catastrofizarea”, în special în privința relațiilor. Distorsiuni cognitive comune sunt: „N-aș putea niciodată să fac asta”, „Nu pot” și „Sunt prea prost să fac asta”.

Turkat (1990) sugerează o formulare comportamentală pentru această tulburare, care se concentrează asupra temerii pervazive de a lua decizii și pe incapacitatea de a acționa asertiv. Deoarece aceste persoane nu au învățat vreodată până acum vreuna dintre aceste abilități, acestea devin sarcini terapeutice de bază, după ce anxietatea copleșitoare generată de ele este gestionată eficient.

Conceptualizarea de caz interpersonală

Conform lui Benjamin (2003a), persoanele cu tulburare de personalitate dependentă au avut parte de suficientă îngrijire și atenție ca bebeluși, pentru a le permite să se lege emoțional de ceilalți. În plus, ele au învățat să se bazeze pe ceilalți și se așteaptă ca ceilalți să fie acolo pentru a le satisface nevoile. Totuși, părinții potențialilor indivizi cu tulburare de personalitate dependentă nu i-au dezvățat de acest tip de îngrijire atunci când era adecvat din punctul de vedere al dezvoltării. Ulterior,

258 acești indivizi au învățat comportamentul compliant dependent, precum și evitarea autonomiei cu orice preț. Drept urmare, și-au dezvoltat în mod implicit un concept de sine negativ, iar ca adulți continuă să se considere inadecvați și sunt prea toleranți atunci când sunt învinovați. Deoarece nu au învățat să aibă grijă de sine și de cerințele vieții, trebuie să depindă de ceilalți. Deoarece au resurse limitate de coping, sunt obligați să tolereze abuzul, care este prețul îngrijirii de care au nevoie. În mod obișnuit, viitorii indivizi dependenți au fost batjocoriți de colegi și frați pentru incompetența lor. Drept rezultat, sentimentele lor de inadecvare și incompetență au fost întărite și reconfirmate. Pe scurt, acești indivizi sunt caracterizați printr-o supunere semnificativă față de o altă persoană, dominantă, care va oferi probabil îngrijire și îndrumare neîntrerupte. O astfel de relație este menținută chiar dacă presupune tolerarea abuzului, din moment ce persoanele cu tulburare de personalitate dependentă se consideră incompetente și incapabile să supraviețuiască în absența unui altuia dominant.

Conceptualizare de caz integrativă

Următoarea formulare integrativă oferă o explicație biopsihosocială pentru modul în care este probabil să se fi dezvoltat și menținut acest tip de personalitate. Din punct de vedere biologic, aceste persoane se caracterizează printr-un nivel scăzut de energie. De obicei, temperamentul lor este descris ca fiind melancolic. Ca sugari și copii mici, acești indivizi erau caracterizați ca fiind fricoși, triști sau retrași.

Din punct de vedere psihologic, pot fi înțeleși și evaluați în termenii perspectivei pe care o au despre ei înșiși, despre

259 lume și scopul lor în viață. Percepția de sine a acestor indivizi tinde să fie o variantă a temei „Sunt agreabil, dar inadecvat (sau fragil)”. Perspectiva asupra propriei persoane este că sunt umili, inepti și plini de îndoieli de sine. Viziunea lor asupra lumii este o variantă a temei „Alții sunt aici să aibă grijă de mine, pentru că eu nu pot să fac asta pentru mine însumi”. Scopul lor de viață este caracterizat de o variantă a temei „Așadar, agață-te și bazează-te pe alții cu orice preț.”

Caracteristicile sociale ale acestei tulburări de personalitate pot fi descrise în termenii factorilor parentali, familiari și de mediu. Persoana dependentă este cel mai probabil să fi fost crescută într-o familie în care hiperprotecția parentală este evidentă. Este ca și cum injoncțiunea parentală pentru copil a fost „nu pot să am încredere în tine că faci ceva corect (sau bine)”. E posibil că personalitatea dependentă să fi fost răsfățată și hiperprotejată în copilărie. Contactul cu frații și egalii poate genera trăiri de neatractivitate, stângăcie sau inadecvare competitivă, în special în anii preadolescenței și ai adolescenței. Aceste trăiri pot avea un impact devastator asupra individului, confirmându-i în continuare sentimentul de autodenigrare și îndoială de sine.

Această personalitate este întărită, iar stilul ei se perpetuează de la sine printr-o serie de factori: sentimentul îndoielii de sine, evitarea activității competiționale și, în special, prin disponibilitatea indivizilor siguri pe sine, care sunt dispuși să aibă grijă și să ia decizii pentru persoana dependentă în schimbul sacrificiului de sine și al prieteniei docile a personalității dependente (Sperry, 2015).

Tabelul 6.2 rezumă caracteristicile acestei tulburări.

TABELUL 6.2 Caracteristici ale tulburării de personalitate dependentă

Eveniment(e) declanșator/oare	Așteptări legate de a se descurca singuri și/ sau de a fi singuri
Stil comportamental	Docil, pasiv, nesigur și submisiv Lipsit de asertivitate Îndoială de sine și lipsă de încredere în propria persoană
Stil interpersonal	Amabil, adeviziv și compliant Solicită încurajări pentru a lua decizii Renunță la responsabilitate în favoarea celorlalți Evită neînțelegerile Se autoînjosesc pentru a primi sprijin din partea celorlalți Caută grăbiți noi relații atunci când una dintre relațiile vechi se încheie
Stil cognitiv	Influențabil și de un optimism incurabil
Stil afectiv	Amabili și anxioși, timizi sau triști atunci când sunt stresați
Temperament	Nivel redus de energie; fricoși, triști sau retrași, melancolici
Stil de atașament	Preocupat
Injoncțiune parentală	„Nu te poți descurca sigur.”
Percepția de sine	„Sunt agreabil, dar inadecvat (sau fragil).”
Percepția asupra lumii	„Ceilalți sunt aici să aibă grijă de mine, deoarece nu mă pot descurca singur.”
Scheme dezadaptative	Deficiență; sacrificiu de sine; căutarea aprobării
Criteriu optim de diagnostic	Are nevoie ca ceilalți să-și asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii din viața lui.

Mai multe surse de informație sunt utile în stabilirea unui plan de diagnostic și tratament pentru tulburările de personalitate. Observația, informațiile colaterale și testarea psihologică reprezintă componente importante ale autoevaluării pacientului din timpul interviului clinic. Această secțiune descrie succint câteva observații caracteristice pe care le face clinicianul, precum și natura relației care se poate dezvolta în întâlnirile inițiale cu indivizii cu tulburări de personalitate specifice. Sunt descrise, de asemenea, tiparele de răspuns caracteristic la diferite teste obiective (adică, MMPI-2 și MCMI-IV) și teste proiective (adică Rorschach și TAT).

Comportamentul și raportul în timpul interviului

De obicei, în interviul inițial, persoanele cu tulburare de personalitate dependentă îl vor aștepta pe clinician să inițieze conversația. După o declarație de deschidere a clinicianului, acești pacienți pot prezenta o descriere adecvată a situației lor actuale, dar se vor retrage apoi în tăcere. Comentariile previzibile sunt: „Nu știu ce să spun. Nu am mai fost niciodată la un terapeut până acum” sau „Puneți-mi întrebări, așa voi ști ce este important de spus”. Atunci când clinicianul răspunde și pune alte întrebări, ciclul se poate repeta. Cu toate acestea, intervierea acestor persoane poate fi plăcută, iar stabilirea raportului este relativ ușoară. După o oarecare anxietate inițială, ei vor începe să aibă încredere în clinician și în procesul terapeutic. Atâta timp cât clinicianul oferă consiliere și sprijin plăcut și dă dovadă de empatie față de indecizii și eșecuri, interviul se

262 desfășoară fără probleme. Totuși, atunci când clinicianul încearcă să exploreze prejudiciile aduse de atitudinea de supunere, acești indivizi încep să se simtă incomod și doresc sprijin. Dacă dependența nu este urmărită empatic, ei vor schimba terapeuții. Dacă sunt urmăriți cu simpatie, vor coopera și vor satisface așteptările clinicianului. Vor răspunde la întrebări, vor aduce clarificări și vor elabora dacă li se cere. Pot tolera tranzițiile abrupte și vor permite ca sentimentele profunde să fie analizate, însă nu pot tolera confruntarea și interpretarea dependenței lor (Othmer și Othmer, 2002).

Datele testărilor psihologice

Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI-2), Inventarul Clinic Multiaxial Millon (MCMI-IV), Testul de psihiodiagnostic Rorschach și Testul Apercepției Tematice (TAT) pot fi utile în diagnosticarea tulburării de personalitate dependentă, precum și în diagnosticarea stilului sau trăsăturii de personalitate dependentă (Groth-Marnat, 2009).

La MMPI-2, profilul cel mai probabil este 2-7/7-2 (Depresie-Psihastenie), care îi caracterizează pe indivizii pasivi, dependenți și docili. O scală 3 (Isterie) cu scoruri înalte este frecventă, precum și o scală K (Corecție) ușor ridicată (Graham, 2012). Pasivitatea și naivitatea sunt reflectate pe scala L (Minciună) cu scoruri mari, în timp ce scala F (Frecvența) se află în intervalul mediu. Acceptarea rolului feminin stereotip este reflectată de scala 5 (Masculinitate-Feminitate) cu scoruri scăzute. Lipsa rezistenței în fața coerciției din partea autorităților e vizibilă pe o scală 4 (Deviere psihopată) cu scoruri joase. O scală 9 (Hipomanie) redusă reflectă pasivitatea și lipsa de inițiativă (Meyer, 1995).

La MCMI-IV, ar fi de anticipat un scor mare pe scala 3 (Dependență) (Millon et al., 2015). Este frecventă creșterea scorului pe scala A (Tulburare de anxietate generalizată), în special atunci când acești indivizi se simt nesiguri în legătură cu ideea de a-și plasa bunăstarea în mâinile altora (Choca și Denburg, 1997).

În ceea ce privește Testul Rorschach, dacă personalitățile dependente se simt acceptate de către examinator și cred că examinatorul așteaptă un număr mare de răspunsuri, vor genera o listă amplă de răspunsuri. În caz contrar, pot fi așteptate răspunsuri mai puține decât media. Cele mai frecvente sunt răspunsurile A (animal), M (Mișcarea umană) și răspunsurile P (Banalitate). În sfârșit, C (Culoare) tinde să fie folosit mai des decât F (Forma) în determinarea răspunsurilor (Meyer, 1995).

În general, răspunsurile la TAT ale personalităților dependente nu sunt deosebit de distinctive. Cu toate acestea, temele de dependență și de conformism sunt frecvente la planșa 2 (Bellak, 1997).

Abordări și intervenții de tratament

Considerații privind tratamentul

Diagnosticalele diferențiale pentru această tulburare de personalitate includ tulburarea de personalitate histrionică și tulburarea de personalitate evitantă. Diagnosticalele simptomatice frecvent asociate cu tulburarea de personalitate dependentă includ tulburările de anxietate, în special fobia simplă, tulburarea de anxietate socială și tulburarea de panică. Alte tulburări frecvente din DSM-5 includ tulburarea de conversie și tulburarea

simptomului somatic. Experiența pierderii unei persoane sau a unei relații de sprijin poate duce la o serie de tulburări afective, printre care tulburarea depresivă persistentă și episoadele depresive majore. În sfârșit, deoarece persoanele cu tulburare de personalitate dependentă pot avea o pregătire de-o viață în asumarea „rolului de bolnav”, ele sunt în mod special predispușe la tulburările factice.

În general, obiectivul pe termen lung al psihoterapiei cu o personalitate dependentă este de a crește sentimentul de independență al individului și capacitatea acestuia de a funcționa interdependent. În alte momente, terapeutul ar putea fi nevoit să se mulțumească cu un obiectiv mai modest. Acest lucru ar însemna să-l ajute pe individ să devină o personalitate dependentă „mai sănătoasă”. Strategiile de tratament includ în mod obișnuit provocarea convingerilor sau credințelor disfuncționale ale individului privind inadecvarea personală, precum și învățarea modalităților prin care să își crească asertivitatea. Pot fi utilizate o varietate de metode pentru a crește încrederea persoanei dependente în propriile puteri. Printre acestea se numără oferirea de directive și oportunități de luare a deciziilor, de a fi singură și de a-și asuma responsabilitatea pentru propria stare de bine (Sperry, 2015).

Psihoterapia individuală

Sunt raportate cazuri de tratare cu succes a tulburării de personalitate dependentă prin diverse modalități psihoterapeutice individuale. Deși nu au fost încă publicate serii ample de studii de caz sau studii de tratament controlate, mai multe studii de caz sugerează că rezultatele pozitive ale tratamentului sunt

frecvente. Tratamentul tinde să fie mai scurt și mai puțin dificil decât în alte tulburări de personalitate, cum ar fi tulburările de personalitate borderline, narcisică sau antisocială.

Abordările psihoterapiei psihodinamice

Un scop central al psihoterapiei psihodinamice este de a-i ajuta pe pacienți să facă față mai bine separărilor anterioare și pierderilor obiectuale. Pacienții intră în terapie cu dorința inconștientă de a-și reconstrui relațiile anterioare și de a le aduce la un deznodământ mai satisfăcător. În consecință, clinicianul ajunge să simbolizeze pierderile obiectului, iar terapia reușește atunci când clinicianul devine un obiect mai bun decât obiectele din copilăria pacientului. Clinicianul satisface anumite dorințe fundamentale pe care obiectul-părinte nu le-a satisfăcut adecvat, oferind, totodată, un model mai rezonabil și benign pentru identificare. Dacă terapia este un succes, internalizarea obiectelor va fi mai pozitivă și mai puțin încărcată de mânie și vinovăție, făcând astfel din separare un eveniment autentic de maturizare (Strupp și Binder, 1984). O dilemă majoră în psihoterapia cu pacienții cu tulburare de personalitate dependentă este faptul că ei nu renunță cu ușurință la noul obiect și tind să se agațe cu tenacitate de clinician.

În această formă de rezistență, pacientul se sprijină dependent de clinician ca scop în sine, mai degrabă decât ca un mijloc pentru un scop. Astfel, pe măsură ce terapia avansează, pacienții pot uita ce acuze sau ce simptom i-au adus în tratament, iar singurul lor scop devine păstrarea atașamentului față de clinician. Temându-se foarte mult de încheierea terapiei, ei tind să trăiască o reintensificare a simptomelor lor inițiale. Se vor strădui să-l

facă pe clinician să coluzioneze cu comportamentul lor de evitare a luării de decizii sau de evitare a asertivității, în speranța de a-și continua dependența. Cu toate acestea, clinicianul trebuie să frustreze aceste dorințe și să trezească în pacienți gânduri și acțiuni independente. Transmițându-le că anxietatea generată de acest tip de frustrare este tolerabilă și productivă, clinicianul îi încurajează pe pacienți să obțină insight-ul și independența (Gabbard, 1994).

De aceea, în psihoterapia psihodinamică pe termen lung se promovează emergența unui transfer dependent față de clinician, care este apoi gestionat într-o manieră care să susțină creșterea emoțională. Pacienților li se spune că sunt permise ședințe suplimentare la începutul tratamentului, în special în perioadele de anxietate sporită. Această asigurare a existenței unui sprijin disponibil prompt contribuie la dezvoltarea unei relații de încredere și la transferarea dorințelor de dependență asupra clinicianului. Clinicianul trebuie să-și încurajeze pacienții să-și exprime sentimentele și dorințele și să suporte anxietatea luării de decizii, făcând față episoadelor de anxietate și acceptând experiențele plăcute. Mai departe, clinicianul va trebui să clarifice și să interpreteze elementele de transfer, precum și să-i ajute pe pacienți să găsească modalități mai autonome de coping atunci când aceștia îl imploră pe clinician să-și asume un rol mai directiv în viețile lor. În stadiul final al terapiei, clinicianul crește treptat nivelul expectațiilor față de comportamentul inițiat de pacient și luarea autonomă de decizii. Clinicianul întărește abilitatea crescută a pacientului de a face față crizelor fără ședințe suplimentare, de a se calma și de a gestiona singur episoadele de anxietate sporită. Acest lucru necesită dispariția dorinței pacientului de a fi dependent care, în schimb, trebuie să accepte o poziție mai independentă în relația

terapeutică (Hill, 1970). În sfârșit, trebuie menționat că persoanele cu tulburare de personalitate dependentă creează, de obicei, probleme de contratransfer clinicienilor lor, probleme referitoare la conflictele de dependență. Astfel, clinicienii trebuie să anticipeze disprețul sau lipsa de considerație contratransferențială față de pacienții dependenți (Gabbard, 1994).

Conform lui Bornstein (2012), cerințele societății occidentale de a deveni autonom și independent determină o serie de reguli și restricții implicite impuse unui individ în timpul copilăriei. Ambivalența legată de această așteptare poate avea drept rezultat conflicte conștiente și inconștiente deopotrivă privind dorința „inacceptabilă” de dependență. Bronstein sugerează că psihoterapia psihanalitică este în mod special potrivită pentru a aborda acest conflict, scopul fiind acela de a-i face pe indivizi conștienți în mod lucid de el și deschiși schimbării. Luborsky și Crits-Christoph (1990) au dezvoltat metoda temei relației conflictuale centrale (Core Conflictual Relationship Theme – CCRT) pentru rezolvarea dinamicii dependenței și conflictelor. Principalul element al metodei CCRT este o analiză în profunzime a relațiilor pacientului. Acest lucru include dorințe, frici și intenții, răspunsul celeilalte persoane și reacția pacientului. De asemenea, terapeutul creează un „mediu susținător” în interiorul relației terapeutice, pentru a reduce la minimum anxietatea și atitudinea defensivă, în timp ce perlaborează transferul și contratransferul legate de dependență.

Psihoterapia dinamică limitată în timp. Kantor (1992) observă că o psihoterapie analitică de lungă durată este dificilă și consumatoare de timp și ar trebui recomandată în special atunci când pacienții sunt foarte motivați, iar dependența este egosintonică. Altfel, tratamentul poate ajunge să fie interminabil din

268 cauza unor astfel de rezistențe cum ar fi refuzul de a face eforturi susținute în tratament, deoarece aceasta ar presupune terminarea terapiei, lucru pe care pacientul îl anticipează ca fiind insuportabil. În general, psihoterapia de lungă durată cu pacienți motivați necesită două până la patru ședințe pe săptămână, timp de trei ani sau mai mulți, pentru a perlabora transferul dependent.

Din acest motiv, dar și din altele, psihoterapia dinamică limitată în timp a fost susținută ca tratament de elecție pentru cei mai mulți dintre acești pacienți (Flegenheimer, 1982; Gunderson, 1989). Faptul că acești pacienți știu de la început că tratamentul se va încheia după 12, 16 sau 20 de ședințe înseamnă că ei trebuie să se confrunte cu cele mai profunde angoase legate de pierdere și individualitate, precum și cu fantasmele lor privind îngrijirea nelimitată și veșnicia (Mann, 1973). Astfel de terapii cu durată limitată au cea mai mare șansă de reușită atunci când sunt îndeplinite trei condiții: un conflict sau o țintă dinamică, circumscrisă; un pacient care poate forma rapid o alianță terapeutică; și tendința redusă sau absentă de trecere la act sau de regresie într-o dependență severă (Luborsky, 1984; Strupp și Binder, 1994). Terapia limitată în timp este mai puțin reușită cu indivizii dependenți care au o putere a Eului limitată sau manifestă grade mai mari de anxietate de separare (Gabbard, 1994). Pentru astfel de pacienți, Wallerstein (1986) sugerează o abordare bazată pe tratamentul suportiv, în care ședințele sunt reduse la o dată la fiecare câteva luni, cu condiția să nu existe nicio amenințare de încheiere a terapiei.

Flegenheimer (1982) a analizat critic șase abordări ale psihoterapiei dinamice de scurtă durată — cele propuse de Sifneos, Alexander, Mann, Malan, Davanloo și Wolberg. Autorul consideră că abordările lui Mann, Alexander și Wolberg sunt croite

26 pentru numeroșii indivizi cu tulburare de personalitate dependentă. Pacienții pasivi, indeciși, se vor simți probabil confortabil cu pozițiile paternaliste ale lui Alexander sau Wolberg, unde clinicianul își asumă inițial conducerea, oferă sfaturi și ia decizii. Abordarea le permite acestor pacienți să încerce noi comportamente, deoarece „li se spune să facă asta”. Răspunsul pozitiv la noile comportamente determină și întărește noile tipare de comportament. În același mod, pacienții dependenți mai pasivi tind să se descurce bine cu abordarea lui Mann, în care este stabilită din prima ședință data de încheiere a terapiei. Dependența pacientului permite ca „strălucirea aurie” a primei faze a terapiei concepute de Mann să se dezvolte complet, pregătind scena pentru deziluzionarea ulterioară și pregătirea pentru o experiență de separare semnificativă.

Abordarea lui Mann (1973) nu necesită modificări majore ale abordării standard de orientare analitică și presupune cel mai redus nivel de confruntare dintre psihoterapiile mai scurte. Nu e de mirare că această tehnică, mai degrabă blândă, tinde să nu trezească rezistențe majore la pacienții dependenți.

Abordările pe termen limitat sunt susținute ca punct de plecare pentru tratamentul majorității pacienților dependenți. Pentru cei care prezintă conflicte multifocale sau nu reușesc să-și amelioreze situația în terapiile mai scurte, terapiile dinamice de lungă durată, terapia de susținere sau psihanaliza ar fi opțiunile de tratament.

Abordările cognitiv-comportamentale

Beck et al. (2011) oferă o descriere extinsă a abordării terapiei cognitive cu persoanele cu tulburare de personalitate

270 dependentă. Obiectivul principal al terapiei este creșterea autonomiei și a autoeficacității. Autonomia este definită ca fiind capacitatea de a acționa independent de ceilalți, alături de capacitatea de a dezvolta relații apropiate și intime. Deoarece indivizii dependenți se feresc de cuvântul „independent” și se tem că pentru ei competența va duce la abandon, atingerea acestor obiective trebuie să fie realizată cu o delicatețe considerabilă. Întrucât acești indivizi vin, adeseori, în tratament, anticipând că un clinician le va rezolva problemele și va lua decizii în locul lor, inițial este necesar să se permită o oarecare dependență, pentru a-i implica în terapie. Caracterul structurat și bazat pe colaborare al terapiei cognitive îl încurajează pe individul dependent să joace un rol activ în procesul de tratament, începând cu agenda și stabilirea obiectivelor. Folosirea descoperirii ghidate și a întrebărilor socratice, încă de timpuriu, în tratament îi ajută pe acești indivizi să înceapă să se confrunte cu propriile soluții și decizii, reducând excesul de dependență de terapeut și de alții. Pe măsură ce terapia avansează, progresul către obiective poate fi folosit ca o dovadă puternică pentru a confrunta ipotezele individului dependent referitoare la neputința personală.

Confruntarea credinței dihotomice privind independența — că individul este în întregime dependent și neajutorat sau complet independent și izolat — contribuie la modificarea noțiunii distorsionate că autonomia reprezintă un angajament față de alienarea totală. Pe lângă provocarea și contestarea credințelor automate și a schemelor dezadaptative privind dependența și neajutorarea, terapeuții sunt încurajați să folosească metode comportamentale cum ar fi antrenamentul asertivității și experimentele comportamentale, precum și să modifice însăși structura terapiei.

Această modificare poate fi realizată în mai multe moduri, cum ar fi trecerea treptată la formatul terapiei de grup sau desfășurarea în paralel a terapiei individuale și a celei de grup, prin ședințe de „înțarcare”, care să fie planificate mai puțin frecvent spre sfârșitul terapiei sau prin stabilirea unei date specifice de încheiere, încă de la începutul tratamentului și concentrarea terapiei ca pregătire pentru încheiere. Deoarece încheierea terapiei le evocă de obicei acestor persoane schemele de respingere și abandon, oferirea opțiunii uneia sau a două ședințe de rapel, mai târziu, în cursul tratamentului, poate ușura tranziția. Pe scurt, tratamentul cognitiv al tulburării de personalitate dependentă începe cu o relație de colaborare, în care terapeutul permite o oarecare dependență, înlocuită treptat cu descoperirea ghidată, și pune la îndoială credințele dihotomice privind independența. Pe măsură ce se desfășoară tratamentul, sunt utilizate pentru a atinge obiectivele de tratament reconstrucția schemelor și modificarea structurii tratamentului, alături de metodele comportamentale.

Este deosebit de important ca terapeutul să-și monitorizeze gândurile și sentimentele față de pacientul dependent. Terapeuții pot simți impulsul de a trece rapid prin evaluare sau de a face alte excepții pentru acești indivizi aparent „patetici”. În acest caz, directivitatea terapeutului ajută, în mod ascuns tiparul patologic al pacientului și subminează obiectivul autonomiei. Poate fi util ca terapeutul să-și creeze o fișă de înregistrare a gândurilor automate pentru a-și da seama dacă vreo abatere de la protocol este în interesul pacientului sau dacă aceasta favorizează continuarea dependenței. Beck et al. (2011) observă că pacienții dependenți sunt mai predispuși decât alții să relateze că s-au îndrăgostit de terapeuți. Prin urmare, este deosebit de important să se evite tratamentul „special”.

O abordare mai orientată comportamental a acestei tulburări se bazează pe formularea conform căreia personalitatea dependentă este hipersensibilă față de luarea deciziilor în mod independent (Turkat, 1990). Strategia comportamentală corespundentă implică proceduri de management bidirecțional al anxietății, axate pe luarea deciziilor independente. Deoarece persoanele cu tulburare de personalitate dependentă sunt mai degrabă izolate social, poate fi util antrenamentul abilităților sociale. Comunicarea asertivă, precum și abilitățile de împrietenie și participare la întâlniri romantice sunt, adeseori, minime la pacienții cu personalitate dependentă slab funcționali. Fay și Lazarus (1993) oferă protocelele cognitiv-comportamentale pentru asertivitate, prietenie și abilități pentru întâlniri romantice. Brauer și Reinecke (2015) recomandă ca terapeuții să-și ajute pacienții dependenți să se confrunte cu sursele anxietății lor, dezvoltând abilități comportamentale într-o manieră sistematică și graduală. Acest lucru poate fi realizat prin modelarea de către terapeut în timpul ședințelor, prin exersarea *in vivo* și prin observarea altor persoane care sunt mai autonome și mai asertive.

Terapia strategiilor de coping cognitiv. Aceasta este o abordare activă, directivă, didactică și structurată pentru tratarea indivizilor cu tulburare de personalitate (Sharoff, 2002). Este o abordare completă și de sine stătătoare a tratamentului, care începe cu evaluarea abilităților de coping ale individului — în termeni de lanțuri de abilități, subabilități și microabilități — iar apoi se trece la creșterea competenței abilităților în zonele vizate, după cum este necesar. Cele cinci domenii de abilități cheie includ: *abilitățile cognitive* — rezolvarea de probleme, antrenamentul autodidact și gestionarea propriei persoane; *abilitățile emoționale* — conținerea și compartimentarea emoționale;

abilitățile perceptive — schimbarea perspectivei, stoparea gândurilor și luarea unei distanțe psihologice; *abilitățile fiziologice* — antrenamentul de meditație și relaxare; și *abilitățile comportamentale* — antrenamentul de comunicare și asertivitate. Sharoff (2002) descrie un protocol detaliat (și un studiu de caz) pentru folosirea acestei abordări structurate cu tulburarea de personalitate dependentă.

Terapia centrată pe scheme. Terapia centrată pe scheme reprezintă o extensie a terapiei cognitive, dezvoltată de Young (1994, 1999) special pentru tulburările de personalitate și alte probleme dificile, individuale și de cuplu. Terapia centrată pe scheme presupune identificarea schemelor dezadaptative și planificarea unor strategii și intervenții specifice. Cele patru strategii principale sunt: cognitivă, experiențială, comportamentală și relația terapeutică în sine. Restructurarea cognitivă, adică modificarea schemelor dezadaptative, este o strategie cognitivă importantă, fiind însă îmbinată cu exerciții de imaginerie, confruntare empatică, teme pentru acasă și „re-parentaj limitat”, adică o formă de experiență emoțională corectoare (Young, 1999).

Schemele dezadaptative asociate, în mod obișnuit, cu tulburarea de personalitate dependentă sunt: *deficiență* — credința că individul este defect, rău, nedorit sau inferior în aspecte importante; *dependența* — credința că individul nu este capabil să îndeplinească competent responsabilitățile zilnice, fără un ajutor considerabil din partea celorlalți; *căutarea aprobării* — credința că individul trebuie să se străduiască, în mod constant, să aparțină și să fie acceptat, în detrimentul dezvoltării unui adevărat sentiment de sine; și *sacrificiul de sine* — credința că individul trebuie să satisfacă nevoile celorlalți cu prețul propriei gratificări (Bernstein, 2002).

Pentru Benjamin (2003a), intervențiile psihoterapeutice cu persoane cu tulburare de personalitate dependentă pot fi planificate și evaluate, în funcție de capacitatea lor de a spori colaborarea, de a facilita învățarea despre tiparele dezadaptative și originile acestora, de a bloca aceste tipare, de a amplifica voința de schimbare și de a încuraja, în mod eficient, noile tipare.

Conform lui Benjamin, cei cu tulburare de personalitate dependentă par a fi pacienții ideali — cel puțin la prima vedere. Ei respectă toate recomandările și prescripțiile, de la teme pentru acasă la partea administrativă și plată. Cu cât terapeutul este mai autoritar, cu atât persoana cu tulburare de personalitate dependentă continuă. Cu toate acestea, Benjamin observă că aparenta atitudine de cooperare prietenoasă a persoanei dependente complică de fapt dezvoltarea unei alianțe terapeutice de colaborare și subminează eforturile de schimbare. În esență, agenda indivizilor dependenți constă în obținerea unui ajutor mai mare și mai bun din partea clinicienilor. Ei nu văd niciun motiv să colaboreze cu medicii împotriva tiparului lor de dependență. Terapia ar putea continua pentru totdeauna. La debutul tratamentului, provocarea clinicianului este să susțină poziția opusă celei cu care este obișnuit pacientul, încurajându-l pe acesta să înceteze să se mai supună, să învețe cum e să fii independent și separat. Inițial, acest lucru pare imposibil pentru acești indivizi, deoarece, din cauza istoricului lor de situații nediferențiate intense, ei nu înțeleg ce înseamnă să fii diferențiat. Ei cred că există doar două opțiuni: să-i controleze pe ceilalți sau să li se supună celorlalți. Din moment ce consideră că a deține controlul înseamnă să faci pe șeful, să fii agresiv și

să-i hărțuiești pe ceilalți, ei resping controlul în favoarea supunerii. Cu toate acestea, dacă sunt ajutați să înțeleagă că separarea și competența, mai degrabă decât controlul, sunt opusul submisivității, ei se pot schimba. Blocarea tiparelor dezadaptative la persoanele dependente necesită, adeseori, sprijinul partenerului de viață. Sugestia paradoxală ca partenerii să-și limiteze ofertele de ajutor la momentele în care indivizii dependenți funcționează bine este o modalitate de a recompensa comportamentul independent. Astfel de sugestii trebuie să fie continuate de alte intervenții care modifică dorința puternică de a fi dependenți și consolidează dorința de a deveni mai competenți și mai independenți.

În esență, indivizii dependenți trebuie în primul rând să-și recunoască tiparul dependent și prețul ridicat pe care îl plătesc pentru a-l menține, iar apoi să exploreze alternativele. În măsura în care pot colabora împotriva tiparului și se pot confrunta cu sensul din prezent al acestuia, ei pot decide să se schimbe. Pe măsură ce se întâmplă acest lucru, implementarea unui nou tipar este relativ directă. Benjamin subliniază că tehnicile comportamentale standard, cum ar fi comunicarea asertivă și identificarea și exprimarea sentimentelor, pot fi destul de eficiente.

Terapia de grup

Tratamentul de grup s-a dovedit a fi de succes în tratamentul tulburării de personalitate dependentă. Două argumente sunt luate în calcul pentru a decide dacă tratamentul în grup va fi un format eficient. Primul se referă la gradul de afectare a pacientului; acolo unde există motivație și potențial de creștere, poate fi indicat un grup de psihoterapie mai interacțional. Un astfel de

276 context oferă un mediu terapeutic pentru explorarea inadecvării comportamentului pasiv, dependent și pentru experimentarea unei asertivități sporite (Yalom, 1985). Cu toate acestea, dacă trăsăturile dependente reflectă afectarea gravă a personalității sau absența comportamentului prosocial, cum ar fi comunicarea asertivă, luarea deciziilor și negocierea, atunci ar putea fi potrivit un grup continuu de sprijin, axat pe rezolvarea problemelor, sau un grup de antrenament al abilităților sociale. Al doilea argument vizează trimiterea către un grup omogen, cu un tratament axat pe problemele de dependență comune tuturor membrilor grupului sau către un grup eterogen, în care membrii grupului au stiluri sau tulburări de personalitate diferite. Frances et al. (1984) oferă criterii de selecție pentru ambele tipuri de formate de grup. Experiența clinică sugerează că pacienții dependenți tind să se „piardă” în grupuri eterogene. Yalom (1995), discutând despre „pacientul tăcut” din grupuri, pare să descrie personalitatea dependentă. Cu toate acestea, grupurile de antrenament al asertivității limitate în timp, care sunt omogene și au obiective clar definite, s-au dovedit a fi foarte eficiente (Lazarus, 1981).

Două studii care implică tratamentul pacienților dependenți au fost menționate în literatură. Montgomery (1971) a folosit formate de grup omogene pentru pacienții dependenți care anterior au fost văzuți într-un format individual, în cadru clinic. Pacienții au fost descriși ca fiind adezivi și dependenți și așteptând tratamente și medicamente miraculoase. Implicarea în cadrul grupului le-a oferit pacienților ocazia să-și redirecționeze comportamentul de căutare a atenției dinspre scopuri regresive spre unele mai adaptate social. Montgomery raportează că doar trei din cei 30 de pacienți au întrerupt, în cele din urmă,

medicația. Sadoff și Collins (1968) au relatat despre terapia de grup pentru pacienții dependenți care sufereau și de balbism. Tratamentul de grup săptămânal, care a pus accent pe interpretarea dinamică, s-a dovedit eficient. S-au raportat schimbări pozitive în privința balbismului și a dependenței.

Terapia de cuplu și terapia de familie

Literatura de specialitate privind intervențiile de terapie familială în cazul acestei tulburări este aproape inexistentă. Harbir (1981) constată că persoanele cu tulburare de personalitate dependentă sunt, de obicei, aduse la terapia de familie de către părinții lor. Adesea este vorba despre adolescenți mai mari ca vârstă sau adulți tineri, cu vârste cuprinse între 20 și 35 de ani, care prezintă un simptom nevrotic sau psihotic. Harbir descrie cazul prototip al unui bărbat în vârstă de 29 de ani, cu un diagnostic de personalitate dependentă, care era, practic, total dependent de părinții săi pentru întreținere. Sora sa mai mică, mai funcțională, se mutase pe cont propriu în urmă cu un an. Deși lucra de acasă cu jumătate de normă pentru tatăl său, pacientul nu-și gătea singur, nu-și făcea curat în cameră și nici nu-și spăla hainele. Era mulțumit la ideea de a-și trăi restul vieții cu părinții, dacă aceștia i-ar fi permis. Nu exista o problemă manifestă clară, alta decât vizibila lipsă de disponibilitate a pacientului de a lucra în afara casei. În mod limpede, fiul, mama și tatăl erau profund nediferențiați, deși fiul era mult mai dependent de mamă decât de tată și invers. Clinicianul a folosit tehnici structurale pentru a reduce intensitatea interacțiunii mamă-fiu. În esență, au fost prescrise diferite sarcini care i-au încurajat pe tată și fiu să-și construiască o relație separată. De asemenea, au fost prescrise sarcini care încurajau

activitățile sociale în afara familiei. Deoarece fiul dezvoltase puține relații cu egalii, inițial aceste sarcini erau destul de dificile pentru fiu și pentru părinții săi în egală măsură.

După un an de tratament familial, fiul a reușit să se emancipeze suficient și să poată lucra și avea activități sociale în afara casei. S-ar fi putut obține aceste rezultate în terapia individuală? Poate, dar nu erau șanse prea mari în acel interval de timp și fără o formă de cooperare din partea părinților. Modificarea relațiilor de familie nediferențiate tinde să genereze anxietate pentru toți cei implicați și, prin urmare, există o rezistență considerabilă din partea celorlalți membri ai familiei, atunci când doar un membru al familiei se află în terapie.

S-au publicat foarte puține lucruri despre terapia de cuplu cu persoane cu tulburare de personalitate dependentă. Malinow (1981) observă că pacienții cu tulburare de personalitate dependentă pot funcționa în mod adecvat, dacă partenerii de cuplu le satisfac, în mod constant, nevoile, însă, de obicei, devin simpatici și disfuncționali atunci când acest sprijin este retras sau reținut. Turkat (1990) consideră că este utilă atragerea în tratament a colaborării partenerului de cuplu, din două motive: (1) din cauza impactului negativ asupra relației, pe măsură ce persoana dependentă devine mai puțin anxioasă și mai independentă și (2) deoarece progresul pacientului poate fi facilitat, dacă partenerul colaborează la atingerea obiectivelor de tratament. Barlow și Waddell (1985) descriu un grup destinat cuplurilor, limitat în timp, pentru tratamentul agorafobiei. Majoritatea partenerilor simpatici a prezentat trăsături ale personalității dependente. În grup, partenerii non-simpatici au preluat rolurile de „coach” și „confident”, colaborând la atingerea obiectivelor de tratament. Asumarea acestor roluri

a presupus renunțarea la rolul în care ei au întărit agorafobia și dependența partenerului. În cursul acestui protocol de tratament cu 10 ședințe, nu numai că simptomele de panică și agorafobie s-au remis, dar relația maritală s-a mutat de la dependență la o mai mare interdependență.

Un tipar relațional marital frecvent este cuplul dependent/narcisic, în care un partener prezintă tulburare de personalitate dependentă, iar celălalt partener are o tulburare de personalitate narcisică. Nurse (1998) oferă o argumentare și un protocol de tratament detaliat pentru a lucra cu astfel de cupluri, bazându-se pe teoria lui Millon privind tulburările de personalitate (Millon și Davis, 1996).

Links, Stockwell și McFarlane (2004b) au examinat terapia de cuplu pentru pacienții cu tulburare de personalitate dependentă și au identificat două dimensiuni ale dependenței care determină dacă pacienții beneficiază sau nu de pe urma acestui tip de intervenție. Autorii oferă detalii despre două cazuri pentru a ilustra fiecare dimensiune. Primul caz se concentrează pe dependența interpersonală rezultată din atașamentul nesecurizant. Links et al. observă că acest cuplu nu a reușit să beneficieze de terapia pentru cupluri, din cauza unei relații nediferențiate. Cea de-a doua dimensiune presupune o lipsă de asertivitate și de încredere în sine a individului dependent. Aceste lipsuri duc la o criză în cadrul relației, care ar putea fi abordată cu succes în contextul terapiei de cuplu. Autorii susțin că este imperativ să se determine care dintre dimensiunile dependenței predomină, pentru a evalua oportunitatea terapiei de cuplu.

Beck et al. (2011) arată că tratamentul orientat spre creșterea autonomiei și asertivității individului dependent poate avea drept rezultat tulburarea partenerului de viață. Adeseori,

280 partenerii de viață ai persoanelor cu tulburare de personalitate dependentă se bucură de echilibrul inegal al puterii în relație și pot percepe schimbările în această direcție ca pe o amenințare. În acest caz, terapia de cuplu sau de familie îi poate ajuta pe membrii familiei să se adapteze la modificările pacientului identificat și, eventual, să crească unitar. Totuși, dacă persoanele importante pentru pacient nu sunt dispuse să accepte schimbările aduse de tratament, persoana dependentă va trebui să hotărască dacă să încheie sau nu relația.

Medicația

În prezent, nu există medicamente psihotrope indicate specific pentru tratarea persoanelor cu tulburare de personalitate dependentă (Silk și Feurino, 2012). Cu toate acestea, sunt folosite medicamente care vizează simptome perturbatoare specifice, asociate cu tulburarea, cum ar fi depresia, anxietatea sau problemele de somn. În general, aceste medicamente sunt folosite ca adjuvante ale psihoterapiei și antrenamentului abilităților. Deoarece simptomele perturbatoare răspund, adeseori, la medicație mai rapid decât în cazul celor mai multe intervenții psihologice, medicamentele sunt, de obicei, prescrise la începutul tratamentului (Sperry, 1995b). Din nefericire, există puține date de cercetare care să ofere linii directoare pentru folosirea unor astfel de medicamente în această tulburare (Silk și Feurino, 2012).

Abordarea combinată/integrativă a tratamentului

În multe privințe, personalitatea dependentă este o „orfană” în literatura clinică, lucru cu siguranță evident în

domeniul tratamentului combinat și integrativ. Un alt tip de tratament combinat presupune utilizarea simultană a unor diferite modalități. Am descris anterior eforturile lui Barlow și Waddell (1985) de a îmbina terapia comportamentală într-un context de grup cu cupluri. Nu e de mirare că rezultatele combinării modalităților sunt demne de remarcat. Lazarus (1981, 1985) oferă o documentație suplimentară a eficacității globale și a eficienței costurilor intervențiilor multimodale.

Despre tratamentul integrativ s-au scris puține. Cu toate acestea, practica clinică este plină de eforturi de a utiliza strategiile de reducere a anxietății, în terapiile dinamice și în cele cognitive deopotrivă. De exemplu, Glantz și Goisman (1990) descriu o integrare unică a tehnicilor de relaxare cu psihoterapia psihodinamică a relațiilor cu obiectul, în cazul pacienților cu tulburare de personalitate dependentă. O strategie bazată pe controlul respirației și relaxarea musculară progresivă a fost utilizată pentru a uni reprezentările clivate ale propriei persoane, în cursul psihoterapiei exploratorii. Tehnica a fost introdusă după identificarea semnelor că există reprezentări de sine clivate. Pacienții au fost învățați tehnica, iar apoi aceasta a fost prescrisă ca sarcină de tratament între ședințe. Odată ce au reușit să se relaxeze în mod adecvat în ședință, pacienților li s-au solicitat, pe rând, imagini vizuale ale celor două reprezentări de sine conflictuale. După obținerea și discutarea unor imagini clare, pacienții au fost încurajați să unifice imaginile. Douăzeci și patru dintre cei 27 de pacienți cu tulburare de personalitate din studiu, dintre care numeroși aveau personalități dependente, au răspuns printr-o complianță mai mare, relații interpersonale îmbunătățite și rezistență redusă.

Pentru cei cu tulburare de personalitate dependentă în comorbiditate cu tulburări legate de consumul de substanțe, Ekleberry (2014) susține că participarea la programe de autoajutorare, cum ar fi Alcoolicii Anonimi (AA) și Narcoticii Anonimi (NA) este utilă; totuși, autoarea avertizează că acești indivizi pot deveni victime ale membrilor din grup, care sunt agresivi și narcisici.

Tulburarea de personalitate histrionică

Persoanele cu personalități histrionice par inițial fermecătoare, plăcute, energice și seducătoare, dar, pe măsură ce timpul trece, ele pot fi percepute ca fiind instabile emoțional, imature și egocentrice. Deși observat și la bărbați, acest tipar de personalitate predomină la femei și, de obicei, modul său de manifestare este o caricatură a feminității ca vestimentație și maniere (Blashfield, Reynolds și Stennett, 2012). Cu toate că tratamentul unor astfel de persoane presupune o serie de provocări terapeutice unice, acesta poate fi extrem de eficient și de reușit.

Capitolul de față descrie un cadru pentru evaluarea și tratamentul eficient al acestei tulburări. Sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz și intervențiile de tratament. Se începe cu informații de fond despre tulburare, precum și cu o descriere DSM-5 și o descriere prototip a tulburării. Secțiunea privind conceptualizarea de caz oferă cinci formulări clinice generale ale acestei tulburări: psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală, interpersonală și o conceptualizare integrativă a tulburării. De asemenea, sunt descrise mai multe metode de tratament, modalități și strategii

de intervenție. Printre acestea se numără psihoterapia individuală, terapia de grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat.

Descrierea tulburării de personalitate histrionică

Tulburarea de personalitate histrionică poate fi recunoscută cu ajutorul următorilor descriptori sau caracteristici: stil vs. tulburare, eveniment declanșator, stil comportamental, stil interpersonal, stil cognitiv, stil afectiv, stil de atașament și criteriu optim de diagnostic.

Stil vs. tulburare. Personalitatea histrionică poate fi concepută ca acoperind un continuum de la sănătate la patologie, în care stilul de personalitate histrionic se află la extrema sănătății, iar tulburarea de personalitate histrionică se află la extrema patologiei. Tabelul 7.1 compară și diferențiază stilul de personalitate histrionic de tulburarea de personalitate histrionică.

TABELUL 7.1 Comparație între stilul de personalitate histrionică și tulburarea de personalitate histrionică

Stilul de personalitate	Tulburarea de personalitate
Se bucură de complimente și aprecieri.	Caută sau solicită constant încurajări, aprobare sau laude.
Aspect exterior sau comportament fermecător, atrăgător și adecvat.	Aspect exterior și comportament inadecvate, seducătoare din punct de vedere sexual.
Atenți la aspectul exterior și la îngrijire, le plac hainele, stilul și moda.	Exagerat de preocupați de atractivitatea fizică.

Plini de viață și dornici de distracție, adesea impulsivi, dar își pot amâna gratificarea nevoilor.

Își exprimă emoțiile prin exagerări inadecvate, egocentrice și cu o toleranță redusă când vine vorba despre gratificație.

Le place să fie în centrul atenției și fac față situației cu brio atunci când toți ochii sunt pe ei.

Se simt inconfortabil în situațiile în care nu pot fi în centrul atenției.

Orientați către senzații, demonstrativi din punct de vedere emoțional și afectuoși fizic. Reacționează emoțional, dar adecvat.

Prezintă manifestări emoționale rapid schimbătoare și superficiale.

Folosc un stil de vorbire care este global și specific, în mod adecvat.

Utilizează un stil de vorbire excesiv de vag și lipsit de detalii.

Următoarele două exemple de caz ilustrează și mai mult diferențele între tulburarea de personalitate histrionică — dra P. — și stilul de personalitate histrionic — dl M.

STUDIU DE CAZ: TULBURAREA DE PERSONALITATE HISTRIONICĂ

Dra P. este o studentă în vârstă de 20 de ani care a solicitat consiliere psihologică la departamentul de servicii de sănătate al facultății, din cauza „problemelor cu prietenul”. În realitate, cu o zi înainte de a veni acolo, luase o supradoză non-letală de tranșilizante ușoare. A declarat că luase supradoza în încercarea de a se sinucide pentru că „viața nu merita trăită”, după ce prietenul ei o părăsise cu o după-amiază înainte. Era o femeie atrăgătoare, bine îmbrăcată, înfrumusețată prin machiaj și lac de unghii,

aspect care contrasta sever cu modul foarte relaxat de a se îmbrăca al majorității studentelor din campus. În timpul interviului inițial, a fost caldă și fermecătoare, a păstrat un contact vizual bun, fiind, totuși, ușor seducătoare. În două momente pe parcursul interviului, a fost instabilă din punct de vedere emoțional, trecând de la o exaltare zâmbitoare la tristețe înlăcrimată. Fostul ei iubit o însoțise la ședința de evaluare și a solicitat să discute cu clinicianul. A declarat că motivul pentru care o părăsise pe pacientă era pentru că aceasta avea așteptări de la el pe care el nu putea să i le îndeplinească și că nu „reuşise să o satisfacă emoțional sau sexual”. În plus, a menționat că nu-și putea permite „să iasă în fiecare seară să se distreze”.

STUDIU DE CAZ: STILUL DE PERSONALITATE HISTRIONIC

DI M. este un agent literar în vârstă de 41 de ani, care și-a petrecut primii ani ai carierei reprezentând scriitorii de non-ficțiune în relația cu edituri mari. De câțiva ani are destul de mult succes, dar, totodată, a ajuns să fie oarecum dezamăgit de eforturile sale din spatele scenei. Deși îi făcuse pe mai mulți dintre clienții săi extraordinar de bogați și celebri, el visa la vremea în care și el va fi independent din punct de vedere financiar și în lumina reflectoarelor. Atunci când licențele de televiziune prin cablu au ajuns să fie disponibile, a recunoscut ocazia de a-și îndeplini visul. Avea să devină președintele propriului său post și să-și găzduiască propriul talk-show; la urma urmei, avea câțiva clienți de mare vizibilitate, pe care i-ar putea convinge să fie invitați în show-ul său. DI M. s-a apucat să strângă fonduri pentru planul său. Cu felul său

fermecător de a fi și viziunea sa atrăgătoare, a trezit rapid interesul mai multor susținători și a lansat postul. Singura problemă era că nu se gândise prea mult la partea de producție a inițiativei. A aranjat rapid interviuri pentru angajarea unui producător executiv. William T. a fost a patra persoană pe care a intervievat-o. De cum a intrat, dl. M. a știut că William T. era potrivit pentru această slujbă, iar după un interviu de 10 minute, William a fost angajat. Intuiția dlui M. referitoare la William și succesul talk-show-ului pe care îl găzduia s-au dovedit a fi corecte.

Eveniment declanșator. Situația tipică, circumstanța sau evenimentul care, cel mai probabil, declanșează sau activează răspunsul caracteristic dezadaptativ al tulburării de personalitate histrionică (Othmer și Othmer, 2002), după cum se observă în stilurile comportamental, interpersonal, cognitiv și afectiv, ține de „relațiile cu persoanele de sex opus”.

Stil comportamental. Stilul comportamental este caracterizat ca fiind fermecător, dramatic și expresiv, fiind totodată solici-tant, îngăduitor cu propria persoană și nepăsător față de ceilalți. Căutarea constantă a atenției, labilitatea dispozițională, atitudinea capricioasă și superficialitatea caracterizează și mai mult comportamentul lor.

Stil interpersonal. Din punct de vedere interpersonal, acești indivizi tind să aibă un fel de a fi exhibiționist și ușuratic, căutarea atenției și atitudinea manipulativă fiind evidente. De asemenea, tind să aibă deficite în domeniul empatiei, la fel ca persoanele cu tulburare de personalitate narcisică.

Stil cognitiv. Stilul cognitiv sau de gândire al acestei personalități poate fi caracterizat ca fiind impulsiv și tematic,

288 mai degrabă decât analitic, precis și independent de context. Tendința lor este să fie non-analitici, vagi și dependenți de context. Sunt extrem de sugestionabili și se bazează foarte mult pe fler și intuiție. Evită să-și conștientizeze dependența ascunsă, precum și alte aspecte personale, și tind să fie „orientați spre celălalt”, în ceea ce privește necesitatea aprobării din partea celorlalți. Prin urmare, pot disocia cu ușurință sinele lor „real” sau interior de „sinele lor” public sau exterior.

Stil afectiv. Stilul lor afectiv sau emoțional se caracterizează prin manifestări emoționale exagerate și excitabilitate, incluzând izbucniri iraționale și crize de furie. Deși caută constant asigurări că sunt iubiți, acești indivizi răspund doar cu o căldură și un farmec superficiale și, în general, sunt superficiali din punct de vedere emoțional. În sfârșit, sunt extraordinar de sensibili la respingere.

Stil de atașament. Dimensiunea atașamentului preocupat este caracterizată prin sentimentul de lipsă de valoare personală și de o evaluare pozitivă a celorlalți. Acești indivizi tind să fie mai degrabă orientați spre exterior în autodefinirea lor. Stilul de atașament preocupat este frecvent în cazul persoanelor cu tulburare de personalitate histrionică.

Criteriul optim de diagnostic. Dintre toate criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate histrionică, unul a fost identificat ca fiind cel mai util în diagnosticarea acestei tulburări. Convingerea este că, începând cu acest criteriu, clinicianul poate testa prezența sau absența criteriului și poate diagnostica mai repede tulburarea de personalitate (Allnutt și Links, 1996). Criteriul optim pentru această tulburare este: „se simte inconfortabil în situațiile în care nu este în centrul atenției”.

Indivizii cu această tulburare de personalitate se caracterizează printr-un tipar pervaziv de căutare a atenției și emoționalitate. Ei tind să se simtă incomod în situațiile în care nu pot fi în centrul atenției. Reacțiile lor emoționale tind să fie superficiale și rapid schimbătoare. De obicei, atrag atenția asupra lor prin modul în care se îmbracă. Maniera lor de a vorbi tinde să se bazeze pe impresii, oferind puține detalii. Aceste persoane sunt ușor influențate de alte persoane sau de circumstanțe. Ei tind să perceapă relațiile ca fiind mai intime decât sunt în realitate. Adesea se implică într-un comportament sexual provocator și seducător, într-un mod inadecvat. Mai mult, sunt persoane dramatice și își exagerează excesiv manifestările emoționale (American Psychiatric Association, 2016).

Descrierea prototip

Un prototip este o scurtă descriere care surprinde esența modului în care o anumită tulburare se prezintă în mod obișnuit. Descrierile prototip sunt utile și convenabile, iar clinicienii se bazează în mod obișnuit pe ele, mai degrabă decât pe liste de criterii comportamentale sau convingeri fundamentale (Westen, 2012). Iată o descriere prototip obișnuită a tulburării de personalitate histrionică: Acești indivizi sunt exhibiționiști. Dacă sunt femei, își folosesc farmecul, atractivitatea fizică și seducția pentru a atrage atenția. Există o intensitate în relațiile și emoțiile lor, dar, totodată, și o anumită superficialitate. Dacă sunt bărbați, aceștia sunt mai predispuși să atragă atenția, laudându-se în legătură cu o afacere sau o investiție sau despre bravura lor în

290 sport sau sex. Interesele și atitudinile lor pot fi ușor influențate de ceea ce cred și prețuiesc ceilalți. Ei lasă o impresie puternică și caută rapid intimitatea. O astfel de intimitate se tocește însă rapid, ceea ce îi face să se simtă neapreciați (Frances, 2013).

Prevalența

Prevalența acestei tulburări a fost estimată la 1,84% în populația generală (American Psychiatric Association, 2016). În contexte clinice, această tulburare se prezintă cel mai rar pentru tratament, cu estimări de la 1,0 până la 22,9% (Torgersen, 2012).

Conceptualizări ale tulburării de personalitate histrionică

Conceptualizări de caz psihodinamice

Gabbard (1990) susține că tulburarea de personalitate histrionică trebuie diferențiată de tulburarea de personalitate isterică. Aceasta din urmă are un rol central în tradiția gândirii psihanalitice și se referă la un grup de pacienți mai sănătoși și cu un nivel mai bun de funcționare decât grupul definit prin criteriile DSM-5. Femeilor histrionice le lipsește, de obicei, grija maternă și se îndreaptă către tații lor pentru a-și satisface nevoile de dependență. Ele învață că pot câștiga atenția tatălui prin flirt și manifestări emoționale exhibiționiste. Pe măsură ce se maturizează, află că trebuie să-și refuleze sexualitatea genitală pentru a rămâne „fetița tatălui”. Similar, bărbații histrionici vor fi experimentat și ei deprivarea maternă și s-au întors către tații lor pentru îngrijire. Dacă tatăl este indisponibil din punct de vedere emoțional, ei pot dezvolta o identificare pasivă, efeminată sau

hipermascălină ca reacție la anxietatea privind efeminarea. E posibil să nu devină homosexuali, dar relațiile lor heterosexuale reprezintă mijloace de a se liniști în legătură cu inadecvarea genitală subiacentă. Acești bărbați vor fi dezamăgiți de toate femeile, din moment ce acestea nu se pot compara cu mama. Unii vor alege un stil de viață celibatar pentru a-și menține loialitatea față de mamă, în timp ce alții se vor lăsa în voia unui comportament macho, cum ar fi culturismul și donjuanism-ul, adică seducerea compulsivă a femeilor, pentru a se reasigura că sunt „bărbați adevărați” (Kellerman și Burry, 1989).

Conceptualizări de caz biosociale

Millon (1981) și Millon și Davis (1996) observă că persoanele cu tulburare de personalitate histrionică prezintă adesea, în timpul prunciei și al copilăriei timpurii, un nivel înalt de labilitate și receptivitate emoțională, pe care îl atribuie pragurilor de excitabilitate scăzute din nucleul hipotalamic limbic și posterior. Cu toate acestea, factorii de mediu par a juca un rol major în dezvoltarea acestei patologii. Millon și Everly (1985) enumără trei astfel de factori: întărirea parentală a comportamentului de căutare a atenției; modelele de rol parentale histrionice; și întărirea comportamentului interpersonal manipulativ. De fapt, când erau copiii, acești indivizi au învățat să-și folosească drăgălășenia, farmecul, atractivitatea și seductivitatea pentru a-și asigura întărirea parentală. Mai mult, această tulburare se perpetuează de la sine prin relații de scurtă durată, preocupări legate de lucruri exterioare și refulare masivă. În mod specific, prin izolarea și refularea aspectelor lumii lor interioare, indivizii histrionici își neagă posibilitățile de dezvoltare psihică.

Beck (2015) descrie perspectiva terapiei cognitive privind tulburarea de personalitate histrionică pe baza asumpțiilor profunde și a distorsiunilor cognitive specifice. Sunt enunțate două asumptii de bază: „Sunt inadecvat și incapabil să fac față vieții de unul singur” și „trebuie să fiu iubit de toată lumea ca să fiu valoros.” Considerând că sunt incapabili să se îngrijească singuri, indivizii histrionici caută în mod activ atenția și aprobarea celorlalți și se așteaptă ca ceilalți să aibă grijă de ei și de nevoile lor. Credința că trebuie să fie iubiți și aprobați de ceilalți încurajează sensibilitatea la respingere. În sfârșit, simțindu-se inadecvați și disperați după aprobare, sunt supuși unei presiuni considerabile de a căuta atenția „dându-se în spectacol” pentru ceilalți. Aceste credințe generează, în plus, un stil de gândire centrat pe impresii, global și nefocalizat, care nu favorizează un sentiment de sine diferențiat (Sungar și Gunduz, 2015). Nu e de mirare că acest stil de gândire global, exagerat, generează distorsiuni cognitive frecvente (Beck, 2015), cum ar fi gândirea dihotomică, suprageneralizarea și gândirea emoțională.

Folosind un traseu mai comportamental, Turkat (1990) diferențiază tulburarea de personalitate histrionică în două tipuri: tipul axat pe control, în care motivația de bază constă în dobândirea unui control total prin folosirea unor manevre manipulative și dramatice; și tipul reactiv, în care motivația de bază constă în căutarea reasigurării și a aprobării. Turkat nu crede că tipul axat pe control răspunde tratamentului comportamental. Incapabili să citească corect emoțiile și intervențiile celorlalți, acești indivizi rămân superficiali, egocentriți și se simt

inconfortabil atunci când întărirea imediată nu vine instant din partea celorlalți. Pe scurt, ei suferă de o deficiență fundamentală a empatiei.

Conceptualizarea de caz interpersonală

În concepția lui Benjamin (2003a), există probabilitatea ca persoanele cu tulburare de personalitate histrionică să fi fost iubite pentru frumusețea și valoarea lor de divertisment, mai degrabă decât pentru competență sau forță personală. Ei au învățat că aspectul fizic și farmecul ar putea fi folosite pentru a-i controla pe partenerii de viață. Căminul personalităților histrionice a avut tendința de a fi o scenă schimbătoare. Din instabilitatea parentală, posibil asociată cu consumul de alcool sau substanțe, au izvorât modificări imprevizibile. E probabil ca haosul din aceste familii să fi fost dramatic și interesant, mai degrabă decât primitiv și punând viața în pericol, așa cum se întâmplă în cazul personalităților borderline. Pe de altă parte, indivizii aparținând subtipurilor histrionice în căutare de ajutor erau probabil îngrijiți pentru că erau bolnavi. Astfel, au învățat că plângerile și dizabilitățile reprezentau o modalitate eficientă de a obține o grijă caldă. Pe lângă încurajarea negării, familiile de acest tip au recompensat boala. În sfârșit, aceste persoane manifestă o frică stranie ca nu cumva să fie ignorate, alături de dorința de a fi iubite și îngrijite de partenerii de viață, care pot fi controlați prin farmec sau șiretenie. Pe scurt, încrederea prietenoasă este însoțită de o agendă secretă, lipsită de respect, axată pe extragerea cu forța a grijii și iubirii dorite. Comportamentele seducătoare inadecvate și tentativele de suicid manipulative exemplifică astfel de coerciții.

Următoarea formulare integrativă oferă o explicație biopsihosocială pentru modul în care e probabil să se fi dezvoltat această personalitate și cum este ea menținută. Din punct de vedere biologic și temperamental, personalitatea histrionică se caracterizează printr-un nivel înalt de energie, reactivitate autonomă și reactivitate emoțională. Millon și Everly (1985) au observat că adulții histrionici tindeau să manifeste un nivel la fel de crescut de labilitate și reactivitate emoțională, precum cel din pruncie și din copilăria timpurie. Temperamentul lor poate fi caracterizat în acest caz ca fiind extrem de reactiv și orientat spre exterior pentru gratificare.

Din punct de vedere psihologic, aceste persoane pot fi înțelese și evaluate în funcție de percepția pe care o au despre ele însele, despre lume și scopul lor în viață. Percepția de sine a histrionicului va fi o variantă a temei „sunt sensibil și toată lumea ar trebui să mă admire și să mă aprobe”. Percepția asupra lumii va fi o variantă a temei „viața mă agită, așa că am dreptul la îngrijire și atenție speciale”. Scopul vieții este o variantă a temei „prin urmare, dau un spectacol în fața publicului și trăiesc în prezent”.

Pe lângă factorii biologici și psihologici, factorii sociali, cum ar fi stilul de parentaj și injoncțiunile, factorii familiali și cei de mediu influențează dezvoltarea personalității histrionice. Injoncțiunea parentală pentru personalitatea histrionică implică reciprocitatea: „Îți voi da atenție dacă faci X.” Un stil de parentaj care presupune disciplină minimă sau disciplină inconsecventă contribuie la asigurarea și întărirea tiparului histrionic. Este probabil ca un copil histrionic să crească cu

295 cel puțin un părinte manipulator sau histrionic care întărește comportamentul histrionic și de căutare a atenției al copilului. În sfârșit, în tulburarea de personalitate histrionică poate fi observată următoarea succesiune de factori care se auto-perpetuează și întrețin un sistem care, la rândul său, se auto-perpetuează: negarea sinelui real sau interior al persoanei; o preocupare legată de lucrurile exterioare; nevoia de excitație și căutare a atenției, ceea ce duce la un farmec și o prezență interpersonală superficială; și necesitatea aprobării externe. Acestea, la rândul lor, întăresc în continuare disocierea și negarea sinelui real sau interior de sinele public, iar ciclul continuă (Sperry, 2015).

Tabelul 7.2 rezumă aceste caracteristici.

TABELUL 7.2 Caracteristici ale tulburării de personalitate histrionice

Stil comportamental	Exagerarea a tot ceea ce întâmplă cu propria persoană Influențabil Fermecător și în căutare de senzații
Stil interpersonal	Au nevoie să atragă atenția celorlalți Interacțiuni seducătoare sau provocatoare Caracterizat prin exhibiționism și/sau flirt Interpretează eronat nivelul de intimitate al relațiilor
Stil cognitiv	Impulsiv Tematic, dependent de context Stil de vorbire care impresionează
Stil afectiv	Rapid schimbător, exprimare superficială a emoțiilor Manifestări emoționale exagerate
Temperament	Tipar infantil hiper-reactiv Orientat extern pentru gratificare

Stil de atașament	Preocupat
Injoncțiune parentală	„Îți voi da atenție când vei face ce doresc eu.”
Percepția de sine	„Am nevoie să fiu observat.”
Percepția asupra lumii	„Viața mă agită atât de mult, așa că sunt îndreptățit să primesc îngrijire și atenție speciale.”
Schema dezadaptativă	Căutarea aprobării; privare emoțională; deficiență
Criteriu optim de diagnostic	Se simte inconfortabil în situațiile în care nu se află în centrul atenției

Evaluarea tulburării de personalitate histrionică

Mai multe surse de informație sunt utile în stabilirea unui plan de diagnostic și tratament pentru tulburările de personalitate. Observația, informațiile colaterale și testarea psihologică reprezintă componente importante ale autoevaluării pacientului din timpul interviului clinic. Această secțiune descrie succint câteva observații caracteristice pe care le face clinicianul, precum și natura relației care se poate dezvolta în întâlnirile inițiale cu indivizii cu tulburări de personalitate specifice. Sunt descrise, de asemenea, tiparele de răspuns caracteristic la diferite teste obiective (adică MMPI-2 și MCMI-IV) și teste proiective (adică Rorschach și TAT).

Comportamentul și raportul în interviu

Interviarea indivizilor cu tulburare de personalitate histrionică poate fi ceva plăcut, însă, totodată, provocator. Inițial, acești indivizi ar putea fi mai interesați de admirație și aprobare, decât de un raport terapeutic. Prin urmare, raportul

poate fi dificil de stabilit. Emoționalitatea exagerată, ambiguitatea, superficialitatea și prefăcătorii sunt frecvente la prima interacțiune. Cu un clinician de gen masculin, femeile histrionice pot flirta și pot fi seducătoare, dar cu un clinician de gen feminin e mult mai probabil să intre într-o luptă de putere. Pentru a obține informații suficiente utile finalizării evaluării diagnostice, de obicei e necesar ca medicul să prevină ambiguitatea și exagerările dramatice ale acestor persoane. Întrebările deschise și nestructurate nu sunt utile, deoarece acești indivizi se abat ușor de la subiect. Este de preferat să se urmărească o temă principală, cum ar fi o problemă de la serviciu sau un conflict interpersonal, și să se obțină exemple concrete, evitându-se, în același timp, divagațiile și contradicțiile. De obicei, confruntarea contradicțiilor duce la mânie și la pierderea raportului. Exprimați, în schimb, empatie și încurajări. Se poate anticipa că, atunci când simt că empatia și înțelegerea dispar, aceste persoane revin la dramatizare (Othmer și Othmer, 2002).

Datele testărilor psihologice

Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI-2), Inventarul Clinic Multiaxial Millon (MCMI-IV), Testul psihodiagnostic Rorschach și Testul de Apercepție Tematică (TAT) pot fi utile în diagnosticarea tulburării de personalitate histrionică, precum și a stilului sau trăsăturii de personalitate histrionică (Groth-Marnat, 2009).

La MMPI-2, cel mai frecvent întâlnit este profilul 2-3/3-2 (Depresie-Isterie). Atunci când există o suferință psihică de intensitate clinică, aceste persoane vor înregistra, probabil, creșteri pe

298 scala 2 mai mari decât cele de pe scala 3. Dacă nu, scorurile pe scala 3 vor fi mai ridicate. La acești indivizi pot fi observate și tiparele 3-4/ 4-3 (Isterie-Deviere psihopată) și 4-9/ 9-4 (Deviere psihopată-Hipomanie) (Graham, 2012). Scalele 4, 7 (Psihastenie) și 8 (Schizofrenie) pot fi, de asemenea, ridicate moderat, scala 4 reflectând tendința acestor persoane de a fi excesiv de dramatice și centrate pe sine, în timp ce îndoiala de sine și anxietatea ridică scorul pe scala 7, iar emoționalitatea impulsivă crește scorul pe scala 8. Există șanse mari ca scala 5 să fie crescută la bărbați — dar destul de scăzută la femei — reflectând asocierea isteriei cu comportamentul de rol tradițional feminin (Meyer, 1995).

La MCMI-IV, se așteaptă o creștere pe scala 4A (Histrionic) (Millon et al., 2015). Deoarece acești indivizi sunt în căutarea atenției, scalele 1 (Schizoid) și 2 (Evitant) tind să fie foarte scăzute, în timp ce H (Tulburarea simptomului somatic) poate fi înaltă, deoarece somatizarea poate fi folosită ca mecanism de obținere a atenției, la fel cum se poate întâmpla și în cazul scalei N (Tulburarea bipolară I) (Choca și Denburg, 1997).

La Rorschach, acești indivizi oferă un număr redus de răspunsuri, precum și un număr redus de răspunsuri W (Întreg), M (Mișcarea umană), C (Culoare primară) și nuanțe (Y, YF sau T). Ocazional, ei vor oferi un răspuns tip „sânge” la o planșă color (Meyer, 1995).

La TAT, acești indivizi creează, de obicei, povestiri care conțin teme de dependență și control. Poveștile lor pot ajunge să fie personalizate, generând o oarecare manifestare afectivă. Ocazional, apare blocajul la planșele cu obiecte ale percepției cu conținut sexual sau agresiv. Rareori, poate fi observat clivajul primitiv la personaje care sunt în întregime bune sau rele, în juxtapoziții incongruente (Bellak, 1997).

Abordări și intervenții de tratament

299

Considerații privind tratamentul

Diagnosticul diferențial al tulburării de personalitate histrionică include tulburarea de personalitate narcisică și tulburarea de personalitate dependentă. Este inclusă și tulburarea histrionico-borderline, care este versiunea decompensată a tulburării de personalitate histrionică. De asemenea, Millon (1981) descrie o tulburare de personalitate histrionico-antisocială. Diagnosticile tulburărilor simptomatice asociate includ: tulburarea depresivă persistentă, tulburarea de anxietate socială și tulburarea obsesiv-compulsivă. În plus, tulburarea depresivă majoră și tulburările bipolare sunt frecvente în cazul tulburării de personalitate histrionică decompensată.

Tratamentul tulburării de personalitate histrionice poate prezenta o provocare considerabilă pentru clinicieni. În scopul acestei discuții, ne vom limita la câteva considerații generale privind obiectivele și limitele tratamentului, precum și medicația. Obiectivele generale de tratament includ ajutarea individului să integreze blândețea cu puterea, moderând exprimarea emoțională și încurajând căldura, autenticitatea și empatia. Deoarece personalitatea histrionică se poate manifesta ca fiind dramatică, impulsivă, seducătoare și manipuloare, având potențial pentru gesturi suicidare, clinicianul trebuie să discute problema limitelor de timpuriu în cursul terapiei, referindu-se la granițele profesionale și responsabilitățile personale. Unele personalități histrionice, în special cele care se aseamănă cu „disforia isteroidă”, pot răspunde la anumite antidepresive. În caz contrar, dacă nu există un episod psihotic sau depresiv

300 major acut în paralel, psihoterapia este principala modalitate de tratament (Sperry, 2015).

Psihoterapia individuală

Această secțiune va trece în revistă succint principalele abordări psihoterapeutice pentru tratarea tulburării de personalitate histrionică în formatul psihoterapiei individuale. Secțiunile ulterioare vor descrie alte formate de tratament, cum ar fi terapia de grup, terapia de cuplu și farmacoterapia. Tratamentele individuale sunt: psihoterapia psihodinamică, terapia cognitiv-comportamentală și psihoterapia interpersonală.

Abordarea psihoterapiei psihodinamice

Gabbard (1990) este destul de optimist privind modul în care reacționează persoanele cu tulburare de personalitate histrionică înalt funcționale la psihoterapia orientată psihanalitic. Autorul arată că astfel de indivizi dezvoltă cu ușurință alianța terapeutică și îl percep pe terapeut ca fiind de ajutor. Pe de altă parte, Gabbard consideră că tratamentul indivizilor cu aceasta tulburare de personalitate slab funcționali ar trebui să folosească strategiile terapeutice utilizate pentru tulburarea de personalitate borderline.

Winer și Pollock (1989) arată că dinamica de bază în toate manifestările tulburării de personalitate histrionică constă în efortul excesiv, fără de rezolvare, de a-și satisface toate nevoile prin intermediul altcuiva. Obiectivul general al terapiilor orientate dinamic este examinarea originilor tiparului și explorarea strategiilor nevrotice — atitudinea seducătoare, crizele de furie,

301 farmecul sau gândirea logică — pe care acești indivizi le folosesc pentru a-și satisface nevoile.

Metoda psihanalitică clasică accentuează neutralitatea și atitudinea reținută a terapeutului și cere ca pacientul să aibă o forță a Eului suficientă pentru a regresa într-o manieră controlată. Transferul care apare este analizat cu interpretări mutative, contribuind la schimbarea temeinică a personalității. Astfel, gestionarea corectă a transferului, în special a transferului erotic, este importantă. Gabbard (1990) observă că gestionarea greșită a transferului erotic este probabil cea mai frecventă cauză a eșecului tratamentului cu acești indivizi. Cu toate acestea, cu indivizii cu tulburare de personalitate histrionică mai tulburați și instabili, e necesar ca rezolvarea distorsiunilor de transfer prin interpretare să fie efectuată cu mare precauție. De fapt, unii autori (Havens, 1976; Khan, 1975) sugerează să nu fie permisă dezvoltarea prea intensă a transferului erotic sau interpretarea acestuia. Sunt recomandate mai degrabă tehnicile contraproiective. Acestea sunt răspunsuri directe sau subtile, verbale sau nonverbale, prin care i se comunică pacientului că terapeutul nu este o figură de transfer din copilărie (Havens, 1976).

Mai recent, Horowitz și Lerner (2010) au identificat trei faze ale tratamentului psihodinamic al tulburării de personalitate histrionică: intervențiile terapeutului menite să sporească stabilitatea stărilor și să reducă crizele; creșterea conexiunii cu ceilalți și eliminarea obstacolelor din calea dezvoltării personalității; creșterea coerenței sinelui și dezvoltarea intimității cu un sentiment de integritate. Psihoterapia psihodinamică cu pacienți histrionici a fost, de asemenea, examinată de Fernandez (2010) într-un unic studiu de caz privind o studentă la psihologie, în

302 vârstă de 25 de ani. Tratamentul, constând în analiza pe canapea de patru ori pe săptămână, a fost considerat un eșec. Deși avea o bună capacitate de insight și a oferit material bogat pentru a fi procesat în ședințe, pacienta rata frecvent programările sau sosea cu întârziere. Această manieră de rezistență este obișnuită pentru pacienții histrionici care caută atenție iar, în final, a făcut ca procesul de terapie să deraieze. O'Donohue, Fowler și Lilienfeld (2007) observă că eficacitatea psihoterapiei psihodinamice pentru tulburarea de personalitate histrionică nu a fost demonstrată, în mod specific, în studii controlate.

Psihoterapia dinamică de scurtă durată

În timp ce psihoterapia de orientare psihanalitică de lungă durată este considerată principala bază a tratamentului dinamic (Quality Assurance Project, 1991), psihoterapia individuală limitată în timp poate fi, de asemenea, destul de utilă, în special în cazul indivizilor histrionici înalt funcționali. Abordările lui Malan (1976) și Sifneos (1972, 1984) par destul de promițătoare. Abordarea psihoterapiei de scurtă durată, generatoare de anxietate (STAPP), dezvoltată de Sifneos, poate fi, în mod special, potrivită pentru indivizii histrionici înalt funcționali care prezintă relații interpersonale satisfăcătoare, simț psihologic, abilitatea de a se implica și de a interacționa cu ușurință cu un terapeut, și o acuză manifestă clar delimitată. Pe de altă parte, abordarea limitată în timp a lui Mann (1973, 1984), care le cere pacienților să se implice și să se dezimplice rapid din terapie „fără a suferi nejustificat”, poate prezenta dificultăți considerabile pentru acei indivizi care dezvoltă în mod caracteristic un transfer intens și adeziv față de terapeut (Chodoff, 1989). Winston și Pollack

(1991) descriu psihoterapia adaptativă scurtă (Brief Adaptive Psychotherapy — BAP) ca fiind deosebit de eficientă cu indivizii histrionici. Ca orientare, BAP ține de psihologia Eului, care se concentrează asupra tiparelor dezadaptative de credințe și comportamente. Tiparul dezadaptativ este evaluat în amănunțime, iar elementele sale subiacente sunt explorate în detaliu, cu o atenție deosebită asupra transferului și rezistenței.

Terapia cognitivă analitică (Cognitive Analytic Therapy — CAT) (Ryle, 2004) este un alt model limitat în timp al tratamentului de orientare psihodinamică, folosit pentru tulburările de personalitate. Terapia cognitivă analitică constă în reformularea narativă și reformularea diagramatică succesivă (sequential diagrammatic reformulation — SDR). Pacienții beneficiază de 24 de ședințe săptămânale și patru ședințe de monitorizare, care se întind pe o perioadă de șase luni. În urma primelor trei ședințe de evaluare, pacienților cu tulburare de personalitate li se citește o scrisoare de la terapeut în care sunt reformulate originile distresului și sunt identificate problemele și procedurile vizate. În studiul de caz al lui Kellet (2007) privind o femeie diagnosticată cu tulburare de personalitate histrionică, acestea au fost: nevoia de a fi observată; tempo-ul relațiilor; concentrarea asupra aspectului fizic; și probleme de încredere. SDR a fost dezvoltată în următoarele patru ședințe. Acest lucru este folosit pentru a crea „ieșiri” terapeutice din rolurile și comportamentele problematice identificate în SDR. S-au numărat, printre altele, mai puțină autocritică, interacțiunea cu ceilalți fără a purta machiaj sau haine „provocatoare” și creșterea toleranței la a nu fi în centrul atenției. Terapia analitică cognitivă se încheie cu o „scrisoare de rămas bun”, formulată în comun de pacient și terapeut, pentru a rezuma reușitele, pentru a-l pregăti pe pacient pentru

obstacolele viitoare și pentru a aborda orice sentimente de abandon legate de încheierea terapiei.

Abordările terapiei cognitive

Conform lui Beck et al. (2011), terapia cognitivă este în mod special potrivită pentru tratarea persoanelor cu tulburare de personalitate histrionică, cu condiția ca acestea să rămână în tratament. Deși este, de obicei, cooperant și motivat pentru terapie, stilul de gândire global și difuz al histrionicului este destul de diferit de natura sistemică, structurală a terapiei cognitive. Prin urmare, inițial, acești indivizi consideră tratamentul ca fiind dificil și frustrant, pe măsură ce învață să-și concentreze atenția asupra unei singure probleme odată, iar apoi să-și monitorizeze gândurile și sentimentele. Există o serie de condiții necesare pentru tratamentul cognitiv de succes al acestei tulburări. Deoarece acești indivizi sunt, în general, dependenți și pretențioși în relații, folosirea descoperirii în colaborare și ghidate este deosebit de potrivită pentru ei. Asumarea unui rol activ și folosirea întrebărilor sunt destul de utile pentru a ține în frâu perspectiva individului histrionic asupra clinicienilor ca salvatori și mântuitori. Stabilirea unor limite clare și ferme, recompensând, totodată, cerințele asertive în aceste limite, și demonstrarea grijii în alte moduri este o altă condiție necesară a tratamentului. Următoarea condiție constă în stabilirea obiectivelor de tratament. Obiectivele trebuie să fie semnificative și percepute ca fiind urgente de către acești indivizi, precum și să fie suficient de specifice și concrete, astfel încât beneficiile pe termen scurt și pe termen lung deopotrivă să poată deveni realități. Acest lucru contravine tendinței individului histrionic de a-și

stabili obiective largi, vagi, care sună nobil. O cheie importantă pentru menținerea acestor persoane în terapie este atingerea unuia sau mai multora dintre obiectivele specifice, pe termen scurt, care au fost stabilite în colaborare.

Piatra de temelie a tratamentului cu acești indivizi presupune: confruntarea gândurilor automate; automonitorizarea cogniției, utilă pentru controlul impulsivității lor; precum și restructurarea, modificarea și interpretarea schemelor dezadaptative. Contestarea asumpțiilor celor mai profunde, cum ar fi „sunt inadecvat și trebuie să mă bazez pe alții pentru a supraviețui” este sprijinită de metode cognitive-comportamentale, cum ar fi afirmarea, rezolvarea de probleme și experimente comportamentale, care pot spori autoeficacitatea clienților și-i pot ajuta să se simtă mult mai competenți. O altă credință centrală care trebuie modificată este că pierderea unei relații este întotdeauna dezastruoasă. Imaginându-și ce s-ar întâmpla dacă s-ar termina o relație și amintindu-și cum au supraviețuit înainte ca această relație să înceapă, acești indivizi pot reuși „să-și decatastrofizeze” credințele despre respingere. Abordarea comportamentală în cazul tipului „axat pe control” al personalității histrionice (Turkat, 1990) nu s-a dovedit a fi eficientă (Turkat, 1990; Turkat și Maisto, 1985). „Tipul reactiv” este mai ușor de schimbat, mai ales printr-un antrenament al empatiei. Turkat (1990) descrie această intervenție care constă într-un antrenament al abilităților sociale privind ascultarea activă, parafrizarea și reflectarea. Scopul este de a-i învăța pe acești pacienți să se concentreze, din ce în ce mai mult, pe nevoile și emoțiile celorlalți. Jocul de rol cu video-feedback a fost deosebit de eficient. Folosirea experimentelor comportamentale dramatice și antrenamentul

306 abilităților de rezolvare de probleme sunt, de asemenea, susținute de Beck et al. (1990).

Sungar și Gunduz (2015) schițează câteva obiective de tratament care pot fi utilizate în funcție de nevoile individuale ale pacientului. Primul dintre acestea e reprezentat de abilitățile de conștientizare și reglare a afectelor. Acest lucru este menit să ajute pacienții histrionici să-și îmbunătățească toleranța la frustrare și să învețe comportamente noi, mai adaptate, pentru a reduce frecvența comportamentului dramatic sau agresiv. Cel de-al doilea posibil obiectiv de tratament este confruntarea cu temerile legate de respingere și decatastrofizarea ideilor privind pierderea aprobării sau a atenției. Acest lucru poate fi obținut prin separarea comportamentelor pacientului de „sine”, astfel încât orice critică să nu fie luată ca un atac la valoarea personală, care ar necesita o atitudine defensivă. Sungar și Gunduz subliniază, de asemenea, obiectivul dezvoltării abilităților sociale și de comunicare în tratamentul tulburării de personalitate histrionică. Sunt incluse dezvoltarea empatiei, a ascultării active și a capacității de a fi un membru al publicului, mai degrabă decât să se afle în centrul scenei. Obiectivul final este creșterea capacității de autonomie, a abilităților de rezolvare de probleme și a unui sentiment de identitate fără a depinde de aprobarea celorlalți.

Pe scurt, abordarea eficientă a terapiei cognitive față de tulburarea de personalitate histrionică va fi sistematică și structurală, incluzând stabilirea unui cadru definit de limite ferme și obiective specifice de tratament — și include metode cognitive (contestarea gândurilor și schemelor automate, restructurarea credințelor și schemelor de bază dezadaptative), precum și metode comportamentale.

Terapia centrată pe scheme. Terapia centrată pe scheme reprezintă o extensie a terapiei cognitive, dezvoltată de Young (1994, 1999) special pentru tulburările de personalitate și alte probleme dificile, individuale și de cuplu. Terapia centrată pe scheme presupune identificarea schemelor dezadaptative și planificarea unor strategii și intervenții specifice. Cele patru strategii principale sunt: cognitivă, experiențială, comportamentală și relația terapeutică în sine. Restructurarea cognitivă, adică modificarea schemelor dezadaptative, este o strategie cognitivă importantă, fiind însă îmbinată cu exerciții de imaginerie, confruntare empatică, teme pentru acasă și „reparentaj limitat”, adică o formă de experiență emoțională corectoare (Young, 1999).

Schemele dezadaptative asociate în mod obișnuit cu tulburarea de personalitate histrionică includ: *deprivarea emoțională* — credința că dorința persoanei de sprijin emoțional nu va fi satisfăcută de ceilalți; *deficiență* — credința persoanei că este defectă, rea, nedorită sau inferioară în aspecte importante; și *căutarea aprobării* — convingerea că persoana trebuie să caute, în mod constant, să aparțină și să fie acceptată, în detrimentul dezvoltării unui adevărat sentiment de sine (Bernstein, 2002).

Abordarea interpersonală

Pentru Benjamin (2003b), intervențiile psihoterapeutice cu indivizii cu tulburare de personalitate histrionică pot fi planificate și evaluate în funcție de capacitatea lor de a spori colaborarea, de a facilita învățarea despre tiparele dezadaptative și originile acestora, de a bloca aceste tipare, de a amplifica voința de schimbare și de a încuraja, în mod eficient, noile tipare.

Benjamin observă că pentru a stabili o alianță terapeutică aptă de a facilita colaborarea cu individul histrionic ne bazăm pe cunoașterea tiparului, dorințelor și temerilor fundamentale ale aceluși individ. Este esențial ca terapeutul să transmită căldură și sprijin competent, fără a întări poziția dependentă, neajutorată a histrionicului. Contractul de lucru se face cu Eul observator al individului, în timp ce „dușmanul” este tiparul nociv. O sarcină majoră la începutul tratamentului constă în transformarea percepției histrionicului despre tratament ca loc în care fantasmele devin realitate într-un loc în care poate fi facilitată dezvoltarea personală. Astfel, intervențiile de tratament pot fi evaluate în funcție de realizarea sau nerealizarea acestui lucru. Dacă o intervenție are drept rezultat o dependență mai solicitantă, atunci a eșuat în atingerea obiectivelor menționate mai sus.

Facilitarea colaborării cu pacientul histrionic nu e deloc o sarcină ușoară. Dinamica de gen poate juca un rol deosebit de important. De exemplu, femeilor terapeuți le poate fi dificil să transmită căldura plină de acceptare și sprijinul atât de dorit către pacienta histrionică, din cauza percepției pesimiste a acesteia privind competența terapeutului. Stabilirea contractului terapeutic va fi mai simplă — cel puțin la început —, pentru terapeuții bărbați. Indiferent de gen, terapeuții trebuie să fie limpezi în privința limitelor și intențiilor lor privind relația cu pacientul histrionic. Relația de terapie are drept scop nevoile și învățarea pacientului, nu ale terapeutului. Benjamin observă că ar trebui să fie clar că salariul sau onorariul terapeutului sunt suficiente pentru a-i satisface acestuia nevoile în această relație, iar aceasta nu este o relație socială. Acest lucru pune la încercare fantasma căsătoriei, pe care pacienții histrionici o au frecvent.

Sarcina de a învăța cum să recunoască tiparele este complicată prin faptul că indivizii histrionici nu și-au dezvoltat suficient

un Eu observator care să îi ajute să recunoască tiparele și să reflecteze asupra lor. De fapt, ei au ajuns să creadă că dacă vor deveni competenți, vor rămâne singuri și nimeni nu îi va îngriji. Punerea bazelor stabilității echivalează cu pierderea identității. În timp ce femeia histrionică poate internaliza exemplul clinicianului femeie de examinare blândă și constructivă a tiparelor, clinicianul bărbat trebuie să își ajute pacienta să-și privească temerile conform cărora, dacă devine competentă, clinicianul va concluziona că este neatractivă și va opri tratamentul.

Apoi, clinicianul focalizează atenția individului histrionic asupra tiparelor potențial distructive de trecere la act a temerilor și dorințelor profunde. Oferind provocări blânde, clinicianul îi protejează pe acești indivizi de propriul lor trecut. Obiectivul este de a extinde opțiunile și de a spori gradul de conștientizare, în lumina a ceea ce se învață despre tipare. Terapeutul nu blochează tiparele cu sfaturi, ci mai degrabă prin trecerea în revistă a opțiunilor. Dezvoltarea voinței de schimbare a tiparelor crește dacă acestea pot fi dezvăluite și conectate clar de trecut, într-o manieră experiențială. Acest lucru facilitează adesea „decizia” individului de a renunța la scopurile care impulsionează tiparele. În sfârșit, Benjamin pledează pentru tehnicile tradiționale ale altor abordări, care pot fi folosite pentru a construi noi tipare și moduri de funcționare, odată ce „lăstărișul inconștient” a fost îndepărtat. Căldura, ascultarea activă și sprijinul sunt cheile unei terapii de succes. Terapeutul trebuie să rămână un aliat loial și optimist în tratament.

Terapia de grup

Literatura cu privire la personalitatea histrionică este destul de interesantă în ceea ce privește tratamentul acestei tulburări

în contextul grupului. Există avertismente clare în literatura psihanalitică mai veche privind impactul acestor pacienți asupra altor membri ai grupului. Slavson (1939) avertiza că labilitatea și imprevizibilitatea acestora ar genera stres și anxietate într-un grup. Astfel, el considera că acești pacienți trebuie tratați numai în terapie individuală. Pe de altă parte, clinicienii contemporani precum Gabbard (1990, 1994) susțin că pacienții histrionici care sunt potriviți pentru psihoterapia dinamică individuală sunt potriviți și pentru psihoterapia dinamică de grup. De fapt, Gabbard afirmă că acești pacienți sunt foarte apreciați de ceilalți membri ai grupului pentru capacitatea lor de a-și exprima direct emoțiile, precum și datorită preocupării lor față de ceilalți membri ai grupului. Rutan, Stone și Shay (2014) oferă o analiză detaliată a unui grup de terapie psihodinamică cu diagnostice mixte, în care există și un membru histrionic. Ei atrag atenția asupra reacțiilor negative puternice pe care acești indivizi le pot avea asupra facilitatorului de grup și asupra celorlalți membri, precum și asupra beneficiilor de a avea la dispoziție onestitatea pacientului histrionic.

Formatul de tratament de grup prezintă o serie de avantaje față de tratamentul individual. În primul rând, cadrul de grup frustrează dorința și solicitarea acestor pacienți de a avea atenția exclusivă a terapeutului care acum trebuie, indiscutabil și inevitabil, să se lupte cu poziția acestor pacienți de căutare a aprobării. În consecință, riscul dezvoltării unui transfer încărcat de erotism este relativ mic comparativ cu terapia individuală.

În al doilea rând, stilul lor cognitiv global și apărările asociate, de refulare și negare, pot fi tratate mai eficient într-un cadru de grup. Membrii grupului vor confrunta maniera distorsionată în care pacienții histrionici se percep pe ei înșiși și pe alții prin

stilul lor, prin omiterea detaliilor și prin concentrarea asupra afectelor și nu asupra gândirii.

În sfârșit, tiparele histrionice tind să genereze un transfer matern pozitiv și expectația ca grupul să compenseze îngrijirea maternă care le-a lipsit în copilărie (Gabbard, 1990). Deși acest transfer este deosebit de provocator pentru clinician în terapia individuală, este considerabil „diluat” în formatul tratamentului de grup.

S-au publicat destul de puține studii despre eficiența tratamentului de grup în cazul pacienților histrionici. Unul dintre ele este însă încurajator. Cass, Silvers și Abrams (1972) au raportat un tratament comportamental de grup care a modificat semnificativ pasivitatea inadecvată, atitudinea manipulativă și comportamentul de trecere la act, acestea fiind înlocuite cu un comportament interpersonal asertiv mai eficient.

Problematica indicațiilor și contraindicațiilor a fost abordată de unii autori. Halleck (1978) menționează că pacienții histrionici care nu pot participa la procesul de grup fără a-l monopoliza sau a-l perturba ar trebui excluși. Similar, Gabbard (1990) avertizează că indivizii ar putea fi în continuare candidați pentru terapia de grup, dacă sunt simultan în psihoterapie individuală. Scheidlinger și Porter (1980) arată că tratamentul combinat — terapia individuală plus terapia de grup — poate fi tratamentul de elecție pentru astfel de pacienți histrionici.

Terapia de cuplu și terapia de familie

Nu există rapoarte privind terapia de familie per se cu pacienții histrionici. Cu toate acestea, există mai multe studii de caz referitoare la terapia de cuplu cu acești pacienți. De obicei,

312 mariajul e format dintr-un soț obsesiv-compulsiv și o soție histrionică, în care soțul obsesiv-compulsiv tinde să-și asume o responsabilitate tot mai mare, în timp ce soția histrionică devine din ce în ce mai neajutorată (Berman, 1983). Tratamentul poate fi solicitat în urma unei izbucniri primitive, care poate conține amenințarea cu un comportament autodistructiv, de obicei în timpul separării sau al divorțului. Pierderea unei figuri stabile pe care să se bazeze reprezintă un factor major de stres pentru pacientul histrionic, care poate manifesta un comportament agresiv de căutare a atenției, manifestări emoționale crescute și atitudine seducătoare și/sau posibil promiscuitate, în efortul de a-l face gelos pe partener etc. (Harbir, 1981).

Obiectivul general al tratamentului este facilitarea schimbării acestui tipar la ambii parteneri. Acest lucru se realizează mai eficient în formatul terapiei de cuplu decât în ședințe individuale. Harbir (1981) oferă un protocol de tratament pentru cuplurile în care problemele care țin de divorț și custodia copilului sunt un aspect important.

Nichols (1996) descrie tiparele interacționale și simptomatologia indivizilor cu tulburare de personalitate histrionică și tulburare de personalitate antisocială în relațiile interpersonale strânse, precum și un protocol sugerat de planuri de tratament și strategii pentru a trata astfel de cupluri în context terapeutic.

Sperry și Maniaci (1996) descriu o abordare integrativă a terapiei de cuplu, care presupune intervenții dinamice, cognitiv-comportamentale și sistematice, abordare destinată cuplurilor în care un partener are o tulburare de personalitate histrionică, iar celălalt o tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă. Sunt discutate și ilustrate trei etape ale procesului de tratament: stabilirea unei alianțe terapeutice, restabilirea echilibrului în

relația de cuplu și modificarea dinamicii individuale a partenerilor. Primele două etape presupun ședințe de cuplu comune, în timp ce o mare parte din cea de-a treia fază presupune ședințe individuale (Sperry și Maniaci, 1996).

Links, Stockwell și McFarlane (2004a) atrag atenția asupra aparentului paradox al cuplului histrionic/obsesiv-compulsiv. În ciuda faptului că prezintă stiluri de personalitate mai sănătoase comparativ cu alte tulburări de personalitate, acești indivizi sunt adeseori mai dificil de implicat în tratament decât cei cu forme mai severe de psihopatologie. Paradoxul este explicat prin stilurile specifice de atașament ale acestor indivizi. Cuplurile cu stiluri histrionic/obsesiv-compulsiv pot să formeze relații de atașament; totuși, atunci când nevoile lor de atașament sunt lăsate nesatisfăcute, ei caută compromisuri sau alternative care pot dăuna relației. Acestea includ părăsirea relației pentru o altă persoană sau formarea unei relații triangulate cu o terță parte, pentru a menține stabilitatea. Din cauza opțiunilor suplimentare, aceste persoane pot fi mai ambivalente față de terapia de cuplu sau schimbare. Ca atare, autorii subliniază importanța evaluării acestor posibilități, atunci când se determină adecvarea terapiei de cuplu. Stilul specific al cuplului histrionic/obsesiv-compulsiv este ilustrat mai în detaliu de Landucci și Foley (2014). Cuplurile cu această compoziție sunt polar opuse: spontan vs. controlat; vag vs. detaliat și rațional. Se spune că aceste două persoane formează o persoană întreagă, atunci când sunt luate împreună, deci nu este surprinzător că există, adeseori, o atracție instantanee între aceste opusuri. Totuși, aceste diferențe dramatice sunt și sursa conflictelor. Terapeuții de cuplu ar trebui să discute aceste dinamici pentru a normaliza credința că celălalt partener este „nebu”. 313

În general, nu există medicamente psihotrope indicate specific pentru tratarea persoanelor cu tulburare de personalitate histrionică (Silk și Feurino, 2012). Indivizii cu tulburare de personalitate histrionică pot prezenta tulburări de anxietate, tulburări depresive sau simptome somatoforme. Cu toate acestea, sunt utilizate medicamente care vizează simptome specifice perturbatoare asociate tulburării, cum ar fi depresia, anxietatea sau problemele de somn. În general, aceste medicamente sunt folosite ca adjuvant pentru psihoterapie și antrenamentul abilităților. Deoarece, adeseori, simptomele perturbatoare răspund la medicație mai devreme decât cele mai multe intervenții psihologice, medicamentele sunt, de obicei, prescrise la începutul tratamentului (Sperry, 1995b). Din păcate, există puține dovezi din cercetare care să ofere un ghidaj pentru utilizarea acestor medicamente (Silk și Feurino, 2012). Totuși, se pare că există o excepție. O variantă a personalităților histrionice, numită „disforie isteroidă”, a răspuns anumitor agenți antidepressivi, în special Parnate și Nardil (Liebowitz și Klein, 1981).

Abordarea combinată/integrativă a tratamentului

Premisa de bază a cărții de față este că indivizii cu tulburare de personalitate simptomatici și slab funcționali au o probabilitate mai redusă de a răspunde la o abordare sau o modalitate unică de tratament. Din moment ce tulburările de personalitate sunt fenomene biopsihosociale (Pies, 1992), este indicat un tratament combinat sau integrativ, personalizat, în special

315 pentru manifestările mai simptomatice și mai grave. Stone (1993) pledează pentru tratamentele combinate, în care două sau mai multe abordări sau modalități sunt utilizate simultan sau succesiv. Anterior, s-a menționat că îmbinarea simultană a psihoterapiei individuale cu terapia de grup e indicată pentru pacienții histrionici care au monopolizat grupul sau au fost perturbatori.

De asemenea, s-a observat că tehnicile comportamentale pot fi integrate în abordarea psihodinamică sau cognitivă. În sfârșit, medicamentele pot fi un adjuvant util la psihoterapie, fie simultan, fie succesiv, dacă simptomele sau clusterul de trăsături de pe Axa I sau Axa II sunt proeminente. Horowitz (1997) discută liniile directe pentru tratamentul psihoterapeutic al tulburării de personalitate histrionică, care integrează principiile și metodele cognitive și psihodinamice. Această tulburare de personalitate este formulată în termeni de niveluri: starea de spirit, procesele de control defensiv și schemele. Un plan de tratament orientat pe etape este legat de aceste trei niveluri de formulare. Sunt descrise indicații psihoterapeutice specifice pentru fiecare dintre etape.

Dorfman (2000) oferă un studiu de caz cu o femeie histrionică, în vârstă de 49 de ani, care a solicitat tratament pentru depresie severă, anxietate și probleme cu iubitul. Caracterul limitat în timp al tratamentului a inclus elemente dintr-o combinație de modele cu trei obiective specifice de tratament. În primul rând, terapeutul a gestionat suferința emoțională acută, dezvoltând o relație terapeutică suportivă și empatică, pentru a o ajuta pe pacientă să-și conțină și să-și regleze emoțiile. În al doilea rând, o combinație de provocări cognitive, antrenament al abilităților de comunicare și de interpretări orientate spre insight privind

copilăria pacientei a abordat conceptul de sine distorsionat al acesteia și stilul ei dezadaptativ. În sfârșit, tratamentul s-a axat pe dezvoltarea încrederii necesare pentru a relua funcționarea adecvată la locul de muncă și a obține un anumit grad de independență.

Tulburarea de personalitate narcisică

Indivizii cu personalități narcisice tind să fie grandioși, egocentri și să se simtă îndreptățiți. Sunt adesea impulsivi și anxioși, au idei de grandoare și se consideră „speciali”, ajung să fie rapid nemulțumiți de ceilalți și mențin relații interpersonale superficiale și exploatare (Ronningstam, 2012). Deși tratamentul unor astfel de persoane implică o serie de provocări terapeutice unice, acesta poate fi extrem de eficient și de reușit.

Capitolul de față descrie un cadru pentru evaluarea și tratamentul eficient al acestei tulburări. Sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz și intervențiile de tratament. Se începe cu informații de fond despre tulburare, precum și o descriere DSM-5 și o descriere prototip a tulburării. Secțiunea privind conceptualizarea de caz oferă cinci formulări clinice generale ale acestei tulburări: psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală, interpersonală și o conceptualizare integrativă a tulburării. De asemenea, sunt descrise mai multe metode de tratament, modalități și strategii de intervenție. Printre acestea

se numără psihoterapia individuală, terapia de grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat.

Descrierea tulburării de personalitate narcisică

Tulburarea de personalitate narcisică poate fi recunoscută cu ajutorul următorilor descriptori sau caracteristici: stil vs. tulburare, eveniment declanșator, stil comportamental, stil interpersonal, stil cognitiv, stil afectiv, stil de atașament și criteriu optim de diagnostic.

Stil vs. tulburare. Personalitatea narcisică este destul de comună în cultura occidentală, în special în cadrul anumitor ocupații și profesii, cum ar fi cele din domeniul juridic, din medicină, divertisment, sport și politică. Personalitatea narcisică poate fi concepută ca acoperind un continuum de la sănătate la patologie, în care stilul de personalitate narcisic se află la extrema sănătății, iar tulburarea de personalitate narcisică se află la extrema patologiei. Tabelul 8.1 compară și diferențiază stilul de personalitate narcisic de tulburarea de personalitate narcisică.

TABELUL 8.1 Comparație între stilul de personalitate și tulburarea de personalitate narcisice

Stilul de personalitate	Tulburarea de personalitate
Deși vulnerabili emoțional față de evaluările negative și reacția celorlalți, pot gestiona elegant aceste momente.	Reacționează la critici cu trăiri de furie, stres sau umilire (chiar dacă nu le exprimă).

Perspicace în relațiile cu ceilalți, folosind punctele tari și avantajele acestora pentru a-și atinge propriile obiective.

Își pot face reclamă cu energie propriei lor persoane, ideilor și proiectelor lor.

Tind să fie competitori abili, cărora le place să ajungă în vârf și să rămână acolo.

Se pot vizualiza pe ei înșiși ca fiind cei mai buni sau cei mai împliniți în domeniul lor.

Cred în ei înșiși, în abilitățile și unicitatea lor, dar nu solicită tratament sau privilegii speciale.

Acceptă realizările, aprecierea și admirația, cu grație și cu stăpânire de sine.

Au o fină conștientizare a gândurilor și emoțiilor lor și o oarecare conștientizare a gândurilor și emoțiilor altor persoane.

Se așteaptă ca ceilalți să îi trateze bine în orice moment.

Exploatatori din punct de vedere interpersonal, profitând de ceilalți pentru a-și atinge propriile scopuri.

Sentiment grandios al importanței personale.

Consideră că problemele lor sunt unice și sunt înțelese numai de alți oameni speciali.

Preocupați de fantezii de succes nelimitat, putere, strălucire, frumusețe sau dragoste ideală.

Au un sentiment de îndreptățire și așteptări nejustificate de a primi un tratament în mod special favorabil.

Solicită atenție și admirație constante.

Lipsă de empatie; incapacitatea de a recunoaște și a trăi ce simt ceilalți.

Preocupați cu trăiri de invidie.

Următoarele două exemple de studii de caz ilustrează diferențele dintre tulburarea de personalitate narcisică — dl C. — și stilul de personalitate narcisic — dl J.

STUDIU DE CAZ: TULBURAREA DE PERSONALITATE NARCISICĂ

DI C. este un bărbat în vârstă de 41 de ani care a venit în terapie după ce soția lui, cu care era căsătorit de șase ani, amenințase că îl va părăsi, precum și pentru că angajatorul său îl presă să demisioneze din funcția de director de vânzări al unui proiect imobiliar. Pare-se că dna C. îi spusese soțului său că se iubea pe el însuși „de o sută de ori mai mult decât pe mine”. DI C. a respins această idee, argumentând că era nevoit să-și cumpere costume de 600 e dolari pentru că locul de muncă îi cerea să arate foarte bine mereu și pentru că era „înalt, brunet, frumos și sexy — tot ce și-ar putea dori orice femeie de la un bărbat”. DI C. a negat că folosea cu clienții tactici bazate pe trezirea fricii, afirmații exagerate sau alte tehnici de vânzare sub presiune. „Sigur, sunt puțin agresiv, dar în «Clubul milionarilor» nu se intră fiind un pământău.” El a adăugat că angajatorul său ar „falimenta fără mine”, fiind prea important ca să fie concediat pentru astfel de motive minore.

STUDIU DE CAZ: STILUL DE PERSONALITATE NARCISIC

DI J. este președintele partidului democrat și al grupului parlamentar din statul său. De-a lungul celei mai mari părți din cariera sa, el a fost incredibil de eficient și încununat de succes. Este extrovertit, spiritual, fermecător din punct de vedere interpersonal, dar și abil, vizionar și eficient în mobilizarea susținerii pentru agenda politică a partidului său. Totuși, în timpul studiilor postuniversitare, un profesor de științe politice îi criticase prima versiune a tezei de master, evaluând argumentele sale ca fiind slabe,

iar concluziile doar parțial fundamentate pe cercetările citate. Înaintea acestui moment, el îl respectase foarte mult pe profesorul său, însă după această critică i-a pus la îndoială competența. Cu toate acestea, și-a înghițit orgoliul și și-a refăcut teza conform sugestiei profesorului și a absolvit. La scurt timp după absolvire, DI J. și-a pierdut prima slujbă de scriitor de discursuri pentru un senator, deoarece opiniile și concluziile citate în schițele sale de discurs nu au fost suficient de bine documentate. Din fericire, DI J. și-a însușit aceste lecții, iar atunci când a candidat a căutat alte persoane care să-i facă cercetarea pentru propriile discursuri. DI J. a recunoscut că acesta nu era unul dintre punctele sale forte și putea să delege, concentrându-se asupra punctelor sale forte reale, care țineau de proiectarea politicilor și agendelor politice și de obținerea sprijinului pentru acestea.

Deși DSM-5 descrie doar un singur tip sau tablou clinic pentru tulburarea de personalitate narcisică, cercetările descriu trei astfel de tipuri: manifest, ascuns și malign (Caligor, Levy și Yeomans, 2015). Toate cele trei tipuri sunt extrem de pline de sine și nu au un respect real pentru nevoile sau sentimentele altora.

Tipul manifest. Acest tip se prezintă ca fiind grandios și cu „obrazul gros” și este întruchiparea criteriilor DSM-5. Indivizii sunt caracterizați printr-o grandoare vizibilă, căutarea atenției, sentiment de îndreptățire, aroganță și o anxietate prea puțin observabilă. Ei pot fi fermecători din punct de vedere social, în ciuda faptului că ignoră nevoile celorlalți și sunt exploatare la nivel interpersonal. Problema este că au un sentiment de sine fragil, susținut prin păstrarea unei percepții despre sine cum că ar fi excepționali. Deoarece, implicarea autentică poate duce la

322 conștientizarea dureroasă a faptului că alții au calități care lor le lipsesc, acești indivizi se implică în relații superficiale și caută feedback extern, care să le susțină autodefinirea grandioasă (Levy, 2012).

Tipul ascuns. Acest tip se prezintă ca vulnerabil, „fragil” și supărăcios. Indivizii sunt caracterizați ca fiind inhibați, în mod evident nefericiți, hipersensibili la evaluările celorlalți, fiind totodată invidioși în mod cronic și autoevaluându-se în raport cu ceilalți. Din punct de vedere interpersonal, tind să fie timizi, fără a atrage atenția în exterior, hipersensibili la jigniri, dar în secret sau pe ascuns sunt grandomani și geloși. Spre deosebire de tipul manifest, ei tind să se retragă din situațiile sociale (Levy, 2012).

Tipul malign. Acest tip este denumit și „narcisism malign” (Kernberg, 2014). Indivizii sunt caracterizați prin simptomele tipice ale tulburării de personalitate narcisică, precum și printr-un comportament antisocial proeminent, trăsături paranoide și sadism față de ceilalți. Ei se pot implica în minciuni cronice, intimidare și câștiguri financiare sau interpersonale secundare care le mențin tiparul malign (Caligor et al., 2015).

Eveniment declanșator. Situația tipică, circumstanța sau evenimentul care, cel mai probabil, declanșează sau activează răspunsul caracteristic dezadaptativ al tulburării de personalitate narcisică (Othmer și Othmer, 2002), după cum se observă în stilurile comportamentale interpersonal, cognitiv și afective ține de: „evaluarea propriei persoane”.

Stil comportamental. Din punct de vedere comportamental, indivizii narcisici sunt văzuți ca fiind îngâmfați, lăudăroși și snobi. Ei par a fi siguri pe ei și centrați pe propria persoană și tind să domine conversația, să caute admirație și să acționeze

323 într-o manieră pompoasă și exhibiționistă. În plus, sunt nerăbdători, aroganți, supărăcioși sau hipersensibili.

Stil interpersonal. Din punct de vedere interpersonal, sunt exploatare și-i folosesc pe ceilalți pentru a-și satisface propriile nevoi și dorințe. Comportamentul lor este relaxat din punct de vedere social, plăcut și încântător. Cu toate acestea, nu sunt capabili să răspundă cu o empatie reală altora. Când sunt stresați, pot fi disprețuitori, exploatare și, în general, pot adopta un comportament iresponsabil.

Stil cognitiv. Stilul lor de gândire este unul caracterizat prin expansivitate cognitivă și exagerare. Ei tind să se concentreze, mai degrabă, pe imagini și teme, decât pe fapte și probleme. De fapt, își iau libertăți în raport cu faptele, le distorsionează și chiar se implică în plăsmuiri și autoamăgiri pentru a-și păstra propriile iluzii despre ei înșiși și despre proiectele în care sunt implicați. De asemenea, stilul lor cognitiv este marcat de inflexibilitate. În plus, au un sentiment exagerat al propriei importanțe și își stabilesc obiective nerealiste de putere, bogăție și competență. Justifică toate acestea prin sentimentul lor de îndreptățire și sentimentul exagerat al propriei importanțe.

Stil afectiv. Stilul lor emoțional sau afectiv este caracterizat printr-o aură de importanță de sine și nonșalanță, prezente în cele mai multe momente, cu excepția situațiilor în care încrederea lor narcisică este zdruncinată. Probabil că, în acele situații, vor răspunde criticilor cu furie. Sentimentele lor față de ceilalți se schimbă și oscilează între idealizare și devalorizare. În sfârșit, incapacitatea lor de a arăta empatie se reflectă în relațiile superficiale, cu legături emoționale sau angajamente minime.

Stil de atașament. Indivizii cu o percepție negativă despre ceilalți și o percepție de sine care oscilează între pozitiv și

324 negativ prezintă un stil de atașament compozit temător-de desconsiderare. Ei tind să se considere speciali și îndreptății, dar sunt, de asemenea, conștienți că au nevoie de ceilalți, care însă îi pot răni. În consecință, îi folosesc pe ceilalți pentru a-și satisface nevoile, fiind, totodată, precauți și desconsiderându-i. Stilul de atașament temător-de desconsiderare este obișnuit la persoanele cu această tulburare.

Criteriul optim de diagnostic. Dintre toate criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate narcisică, unul a fost identificat ca fiind cel mai util în diagnosticarea acestei tulburări. Convingerea este că, începând cu acest criteriu, clinicianul poate testa prezența sau absența acestuia și poate diagnostica mai repede tulburarea de personalitate (Allnutt și Links, 1996). Criteriul optim pentru această tulburare este: are un sentiment grandios al propriei importanțe.

Descrierea DSM-5

Indivizii cu această tulburare de personalitate se caracterizează printr-un tipar pervaziv de egocentrism și grandoa-re. Mai specific, au un sentiment exagerat al importanței propriilor abilități și realizări. Pot avea o nevoie constantă de atenție, afirmare și laudă. De obicei, se consideră unici sau speciali și cred că ar trebui să se asocieze doar cu alte persoane cu același statut. Este posibil să aibă fantasme permanente legate de obținerea succesului și a puterii. Acești indivizi îi pot exploata pe ceilalți pentru câștig personal. Sentimentul de îndreptățire și așteptarea de a primi tratament special sunt frecvente. Pot să pară snobi sau aroganți. Par a fi incapabili să manifeste empatie față de ceilalți. În plus, pot fi

invidioși sau cred că alții îi invidiază pe ei (American Psychiatric Association, 2016).

„Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate” — în Secțiunea III — reflectă mai bine cercetările emergente privind tulburarea de personalitate narcisică (Ronningstam, 2011). Definiția actualizată a tulburării de personalitate narcisică include „respectul de sine fragil și variabil, asociat cu încercarea de a capta atenția celorlalți și nevoia de a fi aprobat de ceilalți, precum și sentimentul de grandoa-re, manifest sau inaparent” (American Psychiatric Association, 2016, p. 767). Această definiție include stiluri suplimentare de narcisism care nu se regăseau în DSM-IV-TR. În secțiunea III a DSM-5, vulnerabilitatea stimei de sine este acum subliniată ca trăsătură nucleu a tulburării de personalitate narcisică și este recunoscut tipul ascuns. În schimb, secțiunea II a DSM-5 subliniază dimensiunea grandorii și include doar tipul manifest.

Descrierea prototip

Un prototip este o scurtă descriere care surprinde esența modului în care o anumită tulburare se prezintă în mod obișnuit. Descrierile prototip sunt utile și convenabile, iar clinicienii se bazează în mod obișnuit pe ele, mai degrabă decât pe liste de criterii comportamentale sau convingeri fundamentale (Westen, 2012). Iată o descriere prototip obișnuită a tulburării de personalitate narcisică: acești indivizi sunt centrul universului lor. Ei se cred și se comportă ca și cum ar fi speciali în toate privințele. Pot fi lăudăroși și pot menționa, din când în când, numele unor persoane importante. Fără îndoială, în mintea lor ei se consideră legende vii. Nu există nicio limită

a sentimentului lor de importanță personală și îndreptățire. Sunt trufași, aroganți și superiori și se așteaptă ca ceilalți să le arate considerație și admirație deosebite. Arareori, recunosc nevoile, preocupările sau sentimentele celorlalți. Nu e de mirare că se confruntă cu dezamăgiri și furie atunci când ceilalți nu reușesc să se ridice la nivelul așteptărilor lor extrem de nerealistice (Francie, 2013).

Prevalența

Prevalența acestei tulburări a fost estimată între 0,6 și 6,2% în populația generală (American Psychiatric Association, 2016). În contexte clinice, estimările arată că tulburarea se regăsește la 2,3 până la 35,7% dintre pacienți (Torgersen, 2012).

Tabelul 8.2 rezumă caracteristicile acestei tulburări.

TABELUL 8.2 Caracteristici ale tulburării de personalitate narcisică

Eveniment(e) declanșator/oare	Evaluarea propriei persoane
Stil comportamental	Sentimentul de îndreptățire Arogant, se supără rapid Sigur pe sine și pompos
Stil interpersonal	Necesită admirație excesivă Îi lipsește empatia Invidiază sau se simte invidiat Arogant și trufaș Îi exploatează pe ceilalți
Stil cognitiv	Expansivitate cognitivă și exagerare Distorsionează realitatea Nerăbdător, insistent și inflexibil

Stil afectiv	Încrezător în propria persoană Furie narcisică
Temperament	Activ și reactiv Talente speciale și dezvoltare timpurie a limbajului
Stil de atașament	Temător și de desconsiderare
Injoncțiuni parentale	„Crești și fii minunat, pentru mine.”
Percepția de sine	„Sunt special și unic și sunt îndreptățit la privilegii extraordinare, fie că le-am câștigat sau nu.”
Percepția asupra lumii	„Viața este ca o masa bogată la un ospăț, din care îți iei ce vrei. Oamenii îmi datorează admirație și privilegii. De aceea, mă aștept și solicit un statut special.”
Scheme dezadaptative	Îndreptățire; deficiență; deprivare emoțională; insuficient autocontrol; standarde exigente
Criteriu optim de diagnostic	Are un sentiment grandios al propriei importanțe

Conceptualizări ale tulburării de personalitate narcisică

Conceptualizări de caz psihodinamice

Freud (1914/2017) a descris formularea psihanalitică inițială a **personalității narcisice**. Pentru Freud, supraevaluarea parentală sau îngrijirea dezordonată, instabilă, din viața timpurie au fost factori care au perturbat dezvoltarea iubirii față de obiect în perioada de îngrijire a copilului. Ca urmare a acestei fixații sau blocaj în faza narcisică a dezvoltării, Freud postulează că narcisicii nu ar putea să formeze relații de durată. Cu alte cuvinte, etiologia tulburării de personalitate narcisică este că aceasta

reprezintă rezultatul unei insuficiente gratificări a nevoilor narcisice normale ale copilăriei mici și copilăriei. Ipoteza contrară este că tulburarea provine din hipergratificarea narcisică în timpul copilăriei și, din cauza acestei fixații, interferează cu maturizarea și integrarea normală a Supraeului, ducând la dificultăți în reglarea stimei de sine (Fernando, 1998). O altă convingere comună este că tulburarea provine dintr-un parentaj defectuos sau din relații cu obiectul perturbate. Imbesi (2000) sugerează că această ipoteză este etiologia comună a majorității tulburărilor de personalitate și susține în schimb că eșecul persoanei de îngrijire de a oferi experiențe de frustrare optimă necesare pentru a sprijini dezvoltarea unei imagini de sine mai realiste a copilului reprezintă etiologia personalității narcisice.

În ultimele două decenii, formulările privind personalitatea narcisică propuse de Kohut și Kernberg au devenit modelele dominante. Kohut (1971, 1977) a considerat că narcisicul este blocat în dezvoltare într-o etapă care solicită răspunsuri specifice de la indivizii din mediul său pentru a-și menține sinele coeziv, adică structurile sinelui grandios și imaginea parentală idealizată nu sunt integrate. Kohut a descris formularea transferurilor obiectului sinelui — atât de tip oglindire, cât și idealizant — care recrează acea situație cu părinții care nu a reușit pe deplin în copilărie. Atunci când astfel de răspunsuri nu sunt accesibile (un deficit empatic), narcisicul este predispus la fragmentarea sinelui (rană narcisică).

Spre deosebire de Kohut, care a lucrat cu profesioniști în domeniul psihanalizei înalt funcționali, Kernberg (1975, 2014) și-a bazat conceptualizarea patologiei narcisice pe activitatea sa cu pacienți internați și pacienți din ambulatoriu. El înțelege grandoarea și exploatarea narcisicului drept dovezi ale furiei orale,

despre care crede că rezultă din deprivarea emoțională provocată de o figură maternă indiferentă și, în secret, răuvoitoare. În același timp, un atribut, un talent sau un rol unic îi oferă copilului sentimentul că este special, ceea ce-i asigură o supapă de evacuare emoțională într-o lume percepută ca amenințătoare sau indiferentă. Astfel, grandoarea și îndreptățirea adăpostesc un „sine real” care este „clivat”, adică plasat în afara conștiinței. În paranteze, pentru Kernberg, sinele real conține trăiri puternice, dar inconștiente, de invidie, deprivare, frică și furie. În sfârșit, Kernberg (1975) vede structura defensivă a narcisicului ca fiind remarcabil de similară cu a borderline-ului, diferențiindu-l pe baza sinelui său integrat, dar de o grandoare patologică.

Conceptualizările de caz biosociale

Conform lui Millon și Everly (1985), tulburarea de personalitate narcisică derivă, în principal, din factorii de mediu, deoarece rolul factorilor biogeni este neclar. Principalii factori de mediu constau în răsfățul și supraevaluarea parentală, comportamentul de exploatare învățat și statutul de copil unic la părinți. În esență, copiii sunt răsfățati și li se acordă un tratament special de către părinți, astfel încât ei învață să creadă că lumea se învârte în jurul lor. Devin astfel egoiști în perspectiva lor și narcisici în modul în care își exprimă dragostea și emoțiile. Nu este surprinzător că ajung să aștepte un tratament special din partea celorlalte persoane, din afara casei. Atunci când tratamentul special nu este disponibil, copiii experimentează utilizarea unor tactici de cerere și exploatare și, ulterior, dezvoltă abilități semnificative de a-i manipula pe ceilalți, astfel încât să primească atenția specială pe care consideră că o merită. În același timp,

330 ei ajung să creadă că majoritatea celorlalți sunt inferiori, slabi și buni de exploatat. Mai mult, Millon (Millon și Davis, 2000; Millon și Everly, 1985) arată că excesul parental e în mod deosebit posibil cu copiii unici la părinți. În sfârșit, tiparul narcisic se perpetuează de la sine prin iluzia acestor persoane de a fi superioare, lipsa de autocontrol manifestată prin disprețul față de situații și persoane care nu le susțin credințele exaltate, responsabilitatea socială deficitară și întărirea tiparului narcisic în sine.

Conceptualizările de caz cognitiv-comportamentale

Conform lui Beck (2015), trăsătura principală a acestei tulburări este preamărirea de sine. Indivizii cu această tulburare pot fi caracterizați de convingeri fundamentale, condiționale și instrumentale specifice. *Credințele lor fundamentale* includ faptul că merită un tratament aparte și dispense, datorită caracterului lor special. Aceste credințe includ, de asemenea, convingerea că ei nu sunt constrânși de regulile și convențiile sociale care îi conduc pe ceilalți. *Credințele condiționale* sunt că ceilalți ar trebui să fie pedepsiți dacă nu le recunosc statutul special, iar pentru a-și menține acest statut special, ceilalți trebuie să le fie subordonați. *Credința lor instrumentală* este să se străduiască continuu să-și demonstreze superioritatea. Subiacente acestor diverse convingeri sunt credințele lor despre sine și despre lume. Acești indivizi tind să se perceapă ca fiind speciali, superiori, îndreptățiți la favoruri și tratament special și vulnerabili la pierderea statutului. Ei îi percep pe ceilalți ca fiind inferiori, dar și admiratori potențiali, care le recunosc superioritatea și măreția. Deloc surprinzător, astfel de credințe sunt reflectate în principala lor strategie sau tipar de căutare a prestigiului,

331 puterii, poziției și bunăstării, ca modalitate de întărire a imaginii lor de superioritate. Dacă e necesar, ei vor folosi manipulări și șiretlicuri pentru a-și atinge aceste obiective (Beck, 2015; Behary și Davis, 2015).

Tulburarea este caracterizată de scheme specifice. Schema centrală este schema superiorității, care se dezvoltă din mesaje directe și indirecte de la părinți, frați și parteneri de viață, precum și în urma experiențelor care modelează convingerile privind unicitatea personală și importanța propriei persoane. Schema de superioritate poate fi modelată prin lingușiri, indulgențe și favoritism. Similar, schema caracterului special poate fi modelată prin experiențe de respingere, limitări, excludere sau deficite. Numitorul comun pentru astfel de convingeri despre sine este că individul se percepe pe sine însuși ca fiind diferit de ceilalți în moduri semnificative (Behary și Davis, 2015).

Folosind o perspectivă mai comportamentală, Turkat (1990) diferențiază această tulburare în trei tipuri: tipul impulsiv centrat pe sine, tipul fără scrupule axat pe gestionarea impresiei și tipul axat pe gestionarea impresiei și orientat către acceptare. Dintre acestea, autorul consideră că ultimul tip are cel mai bun prognostic terapeutic. Chiar și așa, Turkat formulează fiecare tip ca manifestare comportamentală a unui deficit de control al impulsurilor învățat în copilăria timpurie. Mai specific, acești indivizi au învățat să caute elemente de întărire, fără a trebui să se străduiască pentru asta. Acest lucru a dus la dezvoltarea lor ca indivizi îngăduitori cu propria persoană, egocentrici și impulsivi. Persoanele aparținând celui de-al doilea și al treilea tip se concentrează pe crearea unei impresii favorabile asupra celorlalți. Cu toate acestea, ei nu reușesc să mențină relații

332 apropiate deoarece, deși au abilități excelente de a descifra indiciile superficiale, au deficit de empatie (Turkat, 1990).

Conceptualizările de caz interpersonale

Pentru Benjamin (2003a), o persoană cu tulburare de personalitate narcisică a fost, în general, crescută într-un mediu de iubire altruistă, necondiționată și adorație. Din nefericire, această adorație nu a fost însoțită de o autodezvăluire autentică. Drept urmare, viitorul individ cu tulburare de personalitate narcisică a învățat să fie insensibil față de nevoile și opiniile altora. E posibil ca părintele idolatru să fi fost în mod constant respectuos și susținător față de narcisicul-în-formare. Drept rezultat, narcisicul adult a avut așteptarea arogantă ca ceilalți să continue să-i ofere aceste resurse emoționale. Alături de această îngrijire și adorație există amenințarea permanentă a unei căderi în dizgrație. Drept urmare, individul narcisic care este pur și simplu „normal” și obișnuit le provoacă o dezamăgire insuportabilă părintelui/ părinților. Așadar, sarcina de a fi special sau perfect poate fi copleșitoare pentru individul narcisic. Deoarece conceptul de sine al acestui individ provine din internalizarea adorației și îngrijirii nerealiste, înlocuirea iubirii cu critica sau dezamăgirea poate fi deosebit de devastatoare. Astfel, individul cu tulburare narcisică poate „să i-o servească cuiva”, dar nu este prea bine echipat pentru „a o încasa.” Pe scurt, există o vulnerabilitate extremă în fața criticilor sau a ignorării, alături de o dorință puternică de dragoste, sprijin și admirație din partea celorlalți. Iubirea non-contingentă și controlul ipotetic asupra celorlalți sunt așteptate și chiar solicitate. Dacă sprijinul este retras sau lipsa perfecțiunii este vizibilă, conceptul de sine se

deteriorează în autocritică severă. Total lipsiți de empatie, acești indivizi tind să-i trateze pe ceilalți cu dispreț și furie, dacă cerea lor de a fi îndreptățiți nu le reușește.

333

Conceptualizări de caz integrative

Următoarea formulare integrativă oferă o explicație biopsihosocială pentru modul în care e probabil să se fi dezvoltat această personalitate și cum este ea menținută. Din punct de vedere biologic, personalitățile narcisice tind să aibă temperamente hiper-reactive (Millon, 1981). În copilăria mică, au fost percepuți de ceilalți ca fiind speciali în ceea ce privește aspectul și talentele lor sau ca fiind „promițători”. Adesea, în copilăria mică, au avut o dezvoltare timpurie și excepțională a vorbirii. În plus, e posibil să fi fost extrem de conștienți de indiciile interpersonale.

Din punct de vedere psihologic, percepția narcisicului asupra lui însuși, asupra altora, a lumii și a scopului vieții poate fi articulată în termenii următoarelor teme: „Sunt special și unic și sunt îndreptățit să am privilegiile extraordinare, fie că le-am câștigat sau nu”. Concepția lor despre lume este o variantă a temei: „Viața este ca o masă bogată la un ospăț, din care îți iei ce vrei. Oamenii îmi datorează admirație și privilegii”. Scopul lor este: „Prin urmare, mă voi aștepta să fiu tratat ca o persoană specială și voi solicita acest lucru”. Mecanismele de apărare obișnuite folosite de personalitatea narcisică implică raționalizarea și identificarea proiectivă.

Din punct de vedere social, putem menționa pentru tulburarea narcisică stiluri de parentaj și factori de mediu predictibili. Indulgența parentală și supraevaluarea caracterizează personalitatea narcisică. E foarte posibil ca injoncțiunea parentală să fi

334 fost: „Crește și fii minunat pentru mine”. Adesea, aceste persoane au fost copii unici, iar, în plus, s-ar putea să fi trecut prin pierderi timpurii în copilărie. De la o vârstă fragedă au învățat comportamentul exploatator și manipulator de la părinții lor. Acest model narcisic este confirmat, întărit și perpetuat de anumiți factori individuali și sistemici. Iluzia de a fi special, disprețul față de opiniile altora și sentimentul de îndreptățire conduc la un sentiment subdezvoltat privind interesul și responsabilitatea socială. Acest lucru, la rândul său, duce la un egocentrism sporit și la confirmarea credințelor narcisice (Sperry, 2015; Sperry și Mosak, 1996).

Evaluarea tulburării de personalitate narcisică

Mai multe surse de informație sunt utile în stabilirea unui plan de diagnostic și tratament pentru tulburările de personalitate. Observația, informațiile colaterale și testarea psihologică reprezintă componente importante ale autoevaluării pacientului din timpul interviului clinic. Această secțiune descrie succint câteva observații caracteristice pe care le face clinicianul, precum și natura relației care se poate dezvolta în întâlnirile inițiale cu indivizii cu tulburări de personalitate specifice. Sunt descrise, de asemenea, tiparele de răspuns caracteristic la diferite teste obiective (adică MMPI-2 și MCMI-IV) și teste proiective (adică Rorschach și TAT).

Comportamentul și raportul stabilit în timpul interviului

Intervievarea persoanelor cu tulburare de personalitate narcisică este extraordinar de diferită de intervierea

335 persoanelor cu alte tulburări de personalitate. Pe parcursul interviului, acești indivizi le lasă clinicienilor impresia că interviul are un singur scop: să le susțină importanța autopro-movată (Othmer și Othmer, 2002). Acești indivizi se prezintă, în mod obișnuit, ca fiind siguri pe sine, prețioși și nedoritori să se adapteze la diferențele culturale elementare obișnuite rolului de pacient. Se comportă ca și cum nu le-ar păsa de perspectiva clinicianului. Atâta timp cât clinicianul joacă rolul așteptat, acesta este idealizat ca fiind un clinician minunat. În schimb, confruntarea grandorii lor la începutul procesului de tratament va duce în mod inevitabil la furie și, eventual, la o încheiere prematură a terapiei. Ei preferă întrebările deschise, care le permit descrieri extinse ale numeroaselor lor talente, realizări și planuri de viitor. Relația este stabilită după o perioadă considerabilă de oglindire și liniștire. Contratransferul tipic al clinicianului din interviurile inițiale este plictiseala, frustrarea și furia. În măsura în care clinicianul poate trece cu răbdare prin această perioadă de oglindire, poate începe munca de confruntare și interpretare a grandorii individului cu tulburare de personalitate.

Datele testărilor psihologice

Această secțiune descrie temele și tiparele tipice remarcate în cazul tulburării de personalitate narcisică la Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI-2), Inventarul Clinic Multiaxial Millon (MCMI-IV), Testul psihodiagnostic Rorschach și Testul de Apercepție Tematică (TAT). Datele au fost utile în diagnosticarea tulburării de personalitate narcisică, precum și a stilului sau trăsăturilor de personalitate narcisică.

La MMPI-2, cel mai probabil este un profil 4-9 (Deviere psihopată-Hipomanie) sau o creștere pe scala 4. Deoarece aceste persoane dezvoltă doar relații superficiale, ar putea fi observat și un scor scăzut la scala 0 (Introversie socială) (Graham, 2012). Și, deoarece adeseori se conformează rolurilor de gen stereotipe, scorul pe scala 5 (Masculinitate-Feminitate) poate fi scăzut, în special la bărbații narcisici. Dacă există și tendința de a fi suspicioși sau iritabili, se poate observa o creștere a scorurilor pe scala 6 (Paranoia) (Meyer, 1995).

La MCMI-IV, este de așteptat o creștere a scorurilor pe scala 5 (Narcisic). De asemenea, ar putea fi crescute scorurile și pe scalele 4A (Histrionic), 6A (Antisocial) și 6B (Sadice). În timpul perioadelor de stres, se pot observa creșteri pe scala P (Paranoid) și PP (Tulburarea delirantă). Deoarece acestor indivizi nu le place să recunoască starea de distress sau slăbiciunea personală, nu există probabilitatea unor creșteri de scoruri pe scala A (Tulburare de anxietate generalizată), D (tulburare distimică) și S (Schizotipal) (Choca și Denburg, 1997).

La Rorschach, este posibil ca aceste persoane să dea un număr mare de răspunsuri de tip C (Culoare primară) și CF (Culoare Formă). Rareori răspund direct la nuanțe (Y, YF sau FY), dar oferă adesea răspunsuri de tip textură (T, TF sau FT). Răspunsurile care reflectă stilul prețios, exotic sau stilul costisitor sunt caracteristice narcisismului (Shafer, 1954).

La TAT, acești indivizi tind să evite caracteristicile esențiale ale planșelor și, de aceea, povestirile lor pot fi lipsite de conținut semnificativ. Planșele care necesită un răspuns la o fantasmă potențial generatoare de anxietate, cum ar fi 13 MF, pot determina o poveste superficială, evitantă sau cu un conținut șocant sau obscen evident (Bellak, 1997)

Abordări ale tratamentului și intervenții

Considerații privind tratamentul

În diagnosticul diferențial al tulburării de personalitate narcisică sunt incluse următoarele tulburări de personalitate: tulburarea de personalitate histrionică, tulburarea de personalitate antisocială și tulburarea de personalitate paranoidă. Cele mai frecvente tulburări simptomatice convergente sunt tulburările de anxietate, tulburarea depresivă persistentă, tulburarea simptomului somatic și tulburările delirante.

În cazul tulburării de personalitate narcisică, nu a fost investigată sistematic sau empiric eficiența abordărilor de tratament psihoterapeutic și psihofarmacologic (Caligor et al., 2015). Ghidurile clinice pentru această tulburare trebuie încă să fie formulate, iar intervenția psihofarmacologică este, adeseori, determinată de simptome. Indiferent de severitate, grandoarea și atitudinea defensivă care caracterizează tulburarea de personalitate narcisică fac dificilă implicarea în orice formă de psihoterapie (Ronningstam, 2011).

Recomandările de tratament pentru personalitatea narcisică se bazează în prezent pe experiența clinică și pe formulările teoretice (Caligor et al., 2015). În absența unor tratamente susținute empiric pentru această tulburare, este o practică obișnuită utilizarea tratamentelor eficiente pentru tulburări similare, de obicei cu modificări de tratament bazate pe raționamente teoretice și clinice privind diferențele dintre tulburări (Levy, 2012). Acestea includ tratamentele cu suport empiric pentru tulburarea de personalitate borderline, care au adaptări pentru personalitatea narcisică, cum ar fi terapia bazată pe mentalizare

338 (Allen și Fonagy, 2006), psihoterapia centrată pe transfer (Stern, Yeomans, și Diamond, 2012) și psihoterapia centrată pe scheme (Young et al., 2015). Toate cele trei tratamente vizează capacitățile psihice considerate ca fiind fundamentale și organizând trăsăturile descriptive ale tulburării de personalitate narcisică. Terapia comportamentală dialectică (Linehan, 2015) reprezintă o altă opțiune pentru cei cu comportamente autodistructive semnificative.

Psihoterapia individuală

Singură sau alături de terapia de grup sau de cuplu și terapia de familie, psihoterapia individuală este văzută de mulți ca tratamentul de elecție fundamental pentru persoanele cu tulburare de personalitate narcisică. Într-adevăr, unii autori au susținut că această tulburare și psihoterapia în sine sunt amândouă produse ale concentrării intense asupra eului care există în lumea modernă (Lasch, 1991). Din cauza deficitului de empatie și a înclinației lor de a-i devaloriza pe ceilalți, psihoterapia cu acești indivizi poate fi foarte dificilă: faptul că ei oferă prea puțin, îi tratează pe ceilalți cu meschinărie și solicită prea multe tinde să frustreze înclinația naturală a terapeuților de a răspunde empatic. Și, deși literatura este împărțită în privința utilizării fie a tehnicilor de confruntare, fie a celor de oglindire, ambele abordări trebuie să facă parte din arsenalul terapeutului. În general vorbind, în cele din urmă, personalitățile narcisice înalt funcționale se descurcă bine în psihoterapie, deoarece sentimentul lor de îndreptățire face loc emulației. Pe de altă parte, personalitățile narcisice mai slab funcționale au mai puține resurse de personalitate și mai puține abilități de relaționare necesare pentru schimbare, iar

339 dacă procesul terapeutic nu abordează aceste deficiențe, e posibil ca acești indivizi să părăsească tratamentul în mod pripit, pentru a evita umiliința de a recunoaște cât de necorespunzător echipați sunt pentru a atinge obiective de tratament realiste. Sunt descrise succint abordările psihodinamice, comportamental-cognitive și interpersonale.

Abordările psihoterapiei psihodinamice

Această secțiune va schița succint diferitele abordări psihodinamice: psihanaliza, psihoterapia psihanalitică, psihoterapie suportivă și psihoterapia psihanalitică de scurtă durată.

Psihanaliza. Deși Freud (1914/2017) nu a fost optimist în ceea ce privește posibilitatea de tratare a personalității narcisice, Kernberg (2014) și Kohut (1971) consideră că indivizii cu tulburare de personalitate narcisică înalt funcționali sunt, în mod special, potriviți pentru psihanaliză. Kernberg consideră că miezul tulburării implică mânie, invidie și auto-suficiență distorsionată, așa că pune accent pe interpretarea și confruntarea activă a defenșelor individului. Kohut, pe de altă parte, consideră că nucleul tulburării e reprezentat de o dezvoltare blocată a sinelui grandios. Ca atare, el subliniază faptul că, prin stabilirea transferului obiectului sinelui, atât de tip oglindire, cât și idealizant, pot fi adăugate elementele lipsă ale structurii sinelui. Atunci când este realizată o interpretare empatică corectă, individul reintegrează prin restabilirea transferului obiectului sinelui — coeziunea — și dispariția fragmentării. Prin urmare, pe scurt, obiectivul psihanalizei lui Kernberg este acela de a aduce o schimbare semnificativă a personalității, astfel încât invidia și furia să nu-l mai copleșească pe individ și să nu mai ducă la o nevoie protectoare de a se retrage

într-o poziție de auto-suficiență. Pentru Kohut, scopul constă în vindecarea structurii incomplete a sinelui individului și creșterea stimei de sine, printr-o internalizare transmutativă, adică prin preluarea funcțiilor lipsă de la analistul-obiect al sinelui. Este de așteptat ca procesul de psihanaliză să dureze câțiva ani, în viziunea lui Kohut și a lui Kernberg deopotrivă, deoarece obiectivul este schimbarea semnificativă a personalității. Kernberg (2010) susține că psihanaliza este de preferat pentru pacienții narcisici înalt funcționali, deoarece modalitățile cognitiv-comportamentale sau cele suportive pot reduce cu succes simptomele, dar nu abordează dinamica inconștientă din spatele lor. Totuși, el afirmă că psihoterapia de orientare psihanalitică este contraindicată când avem indicatori de prognostic negativ copleșitori.

Psihoterapia psihanalitică. În ceea ce el numește psihoterapie expresivă, Kernberg (2014) descrie un tratament psihanalitic modificat drept alternativă la psihanaliză și psihoterapia suportivă. În psihoterapia expresivă, efortul terapeutic se concentrează asupra transferului negativ, în care sunt explorate și interpretate manifestările timpurii ale furiei față de terapeut. Sunt incluse și apărările de tip clivaj, proiecție și identificare proiectivă. Masterson (1981) și Rinsley (1982) subliniază în continuare valoarea acestei abordări în dezvoltarea unei alianțe terapeutice. Masterson subliniază și importanța explorării sensibilității deosebite a individului față de eșecurile empatice ale terapeutului, precum și importanța explorării terapeutice a acestei vulnerabilități. Deși Kohut nu a descris un tratament psihoterapeutic pentru tulburarea de personalitate narcisică, Goldberg (1973) și Chessick (1985) au arătat că transferul obiectului sinelui se instalează în psihoterapie și poate fi interpretat în lumina abordării lui Kohut. Goldberg (1989) descrie folosirea oglindirii

și a idealizării și a transferului gemelar, într-o abordare a pacientului narcisic prin prisma psihologiei sinelui.

Psihoterapia orientată psihanalitic a persoanelor cu tulburare de personalitate narcisică presupune, de obicei, una până la trei ședințe pe săptămână, timp de doi sau mai mulți ani. Kantor (1992) oferă mai multe sugestii proactive pentru a fi folosite în cursul psihoterapiei. Printre acestea se numără utilizarea interpretării predictive. El subliniază cât de dureroasă va fi terapia, deoarece individul se simte forțat să renunțe la atitudinea de îndreptățire și grandoare. O astfel de avertizare prealabilă scade probabilitatea ca individul să plece din terapie în mod pripit.

Ideea dependenței de o altă persoană pentru ajutor este o anatemă pentru individul narcisic. Kernberg (2010) constată că această dependență este percepută adeseori ca fiind umilitoare, iar mecanismele de apărare ale narcisicului sunt activate pentru a-l proteja împotriva acestei trăiri. Indivizii pot încerca să smulgă controlul tratamentului de la terapeut, implicându-se în „autoanaliză”. Ei îi tratează pe terapeuți ca pe „automate” de interpretări, acceptându-i pe cei cu care sunt de acord și respingându-i pe ceilalți. Alternativ, pacienții narcisici pot să concureze cu terapeuții și să-i idealizeze, ambele acțiuni fiind menite să creeze distanță și să ducă la preluarea controlului. Tratamentul este plin de sentimentele de invidie și ostilitate ale pacientului. Acestea se pot manifesta sub forma încercărilor de seducție a terapeutului sau a comportamentelor de autovătămare menite să distrugă legitimitatea rolului terapeutului. Prin urmare, psihoterapia de orientare psihanalitică cu indivizi narcisici trebuie să țină cont de aceste apărări particulare.

Psihoterapia suportivă. Potrivit lui Kernberg (2014), psihoterapia suportivă accentuează evitarea lucrului cu transferul

negativ și, în schimb, se concentrează asupra sprijinirii individului să-și dezvolte funcțiile, abilitățile și capacitățile Eului în extindere. După Kernberg, îmbunătățirea simptomatică rapidă este mai probabilă în psihoterapia suportivă decât în abordările mai expresive. Cititorul este trimis către capitolul lui Kernberg (2014) „Psihoterapia suportivă”, pentru o analiză mai amplă a obiectivelor și tehnicilor de tratament. Kantor (1992) recomandă tratamentul paliativ, ca scop al psihoterapiei suportive, tratament în care personalitatea tulburată narcisic este menținută, în timp ce sunt reduse sau eliminate sechelele distructive ale acesteia. El recomandă o serie de strategii paliative, cum ar fi învățarea individului să devină un narcisic mai bun. De exemplu, Kantor îi arată individului modul în care adorarea excesivă a propriei persoane interferează de fapt, cu capacitatea de a primi o adorație mai realistă, dorită și necesară, din partea celorlalți.

Psihoterapia scurtă de orientare psihanalitică. Nu este surprinzător că modalitatea cea mai puțin explorată de tratament a terapiilor psihodinamice pentru tulburarea de personalitate narcisică este reprezentată de abordările de scurtă durată și abordările scurte. Până de curând, o tulburare a deficitului de sine, precum personalitatea narcisică, era considerată refractară față de orice tratament, cu excepția celui de lungă durată. Cu toate acestea, pe măsură ce realitățile economice se ciocnesc cu ideologia, această părere se poate modifica într-o oarecare măsură. Kernberg (2014) descrie o intervenție în criză, de scurtă durată, pentru tulburarea de personalitate narcisică, până când individul este pregătit și motivat pentru tratamentul pe termen lung. Lazarus (1982) și Binder (1979) vorbesc despre folosirea abordării scurte pentru sporirea stimei de sine a individului și coeziunii

sinelui, din nou, drept pregătire pentru un tratament de mai lungă durată. 343

Klein (1989b) descrie un tratament pe termen mai scurt, care nu constituie o pregătire pentru terapia pe termen lung. E drept, obiectivele nu constau în repararea eului, ci sunt mai limitate. Obiectivele sunt învățarea — conștientizare și anticipare crescute privind vulnerabilitatea personală la rănire, rușine și dezamăgire; conținerea — capacitate crescută de reglare/modulare a afectelor, în special a furiei narcisice; și adaptarea — luarea în considerare a acelor aspecte ale realității ignorate anterior și a consecințelor lor distructive. Interpretarea vulnerabilității narcisice și clarificarea nevoii de conținere a devalorizării defensive și a retragerii reprezintă pietrele de temelie ale acestei abordări. Klein, coleg de-al lui Masterson, descrie două criterii de selecție. O întrerupere acută a „liniilor de aprovizionare” narcisice (adică respingerea sau dezamăgirea interpersonală) are drept rezultat rana narcisică ce poate reacționa la o „linie de aprovizionare” de substituție (de exemplu, oglindirea din partea terapeutului). Al doilea criteriu, atunci când mediile rănirii narcisice aduc la nivel conștient o vulnerabilitate de durată (trăită, adeseori, sub forma depresiei sau a unei preocupări somatice) și acești indivizi sunt motivați să învețe modalități mai adaptate de gestionare a mediului înconjurător. Klein îi exclude în mod specific din abordarea sa scurtă pe indivizii care se prezintă sau sunt trimiși cu simptome cronice, nespecifice, vagi sau egosintonice. Autorul descrie parcursul unui tratament limitat în timp (adică șase luni) cu un tânăr, tratament care a dus la diminuarea simptomelor și îmbunătățiri specifice în funcționare. Oldham și Skodol (2000) prezintă o strategie de tratament în 24 de ședințe pe care o descriu ca pe o abordare directivă de orientare dinamică, cu

344 obiective de tratament limitate și specifice. Marmar și Freeman (1988) prezintă, de asemenea, o abordare dinamică de scurtă durată, precum și Trujillo (2013).

Abordările terapiilor cognitiv-comportamentale

Terapia cognitivă. Beck et al. (2011) oferă o analiză aprofundată a terapiei cognitive a indivizilor cu tulburare de personalitate narcisică. La începutul terapiei cu acești indivizi, trebuie îndeplinite trei obiective de tratament: dezvoltarea unei relații de lucru bazate pe colaborare, educarea indivizilor cu privire la teoria cognitivă și modelul de tratament și stabilirea unor obiective de tratament. Indivizii narcisici ajung adeseori în tratament undeva între stadiul de pre-contemplare și cel de contemplare, dintr-o postură care se opune schimbării. Chiar în timp ce se confruntă cu suferința, aceste persoane sunt ambivalente privind acceptarea ajutorului sau examinarea propriilor gânduri și comportamente, deoarece asta le-ar putea activa credința centrală negativă de inferioritate. Stabilirea unei relații de colaborare reprezintă o provocare, în sensul că indivizii narcisici sunt profund investiți în a se considera speciali și superiori și, de obicei, au o capacitate limitată de a colabora. Aceste strategii de autoprotecție pot provoca cu ușurință reacții puternice în interiorul terapeutului, cum ar fi enervare, anxietate, atitudine defensivă sau erori de judecată. Este necesară stabilirea și menținerea unor linii de tratament și limite ferme, totul pe un ton neutru, direct. Trebuie subliniat că menținerea unei agende convenite îi permite terapeutului să abordeze mai eficient preocupările importante ale individului narcisic. Similar, în terapie, terapeutul poate aborda alte comportamente contraproductive, apelând

la interesul personal al individului. În cazul acestor persoane anume, este important să le fie oferite aprecieri și sprijin pentru punctele lor forte, pentru a le satisface astfel așteptările privind relația și pentru a-i menține implicați în tratament. Desigur, acest lucru trebuie realizat într-o manieră strategică, pentru a consolida astfel comportamentele dorite, fără a contribui la cele problematice.

Deoarece dezvoltarea defectelor și slăbiciunilor este ceva străin pentru stilul narcisicului, de obicei intervențiile comportamentale sunt mai ușor de implementat devreme în cursul tratamentului, ele necesitând un nivel de dezvoltare mai redus, comparativ cu cele mai multe tehnici cognitive. Ritmul tratamentului cu indivizi narcisici alternează centrarea pe creșterea responsabilității pentru comportament, reducerea distorsionilor cognitive și a afectelor disfuncționale — cum ar fi reacțiile de furie — și dezvoltarea unor atitudini și credințe mai sănătoase. Provocarea în cazul tratamentului acestor persoane constă în a adapta tratamentul pentru cele trei componente: grandoare, hipersensibilitate la critică și deficit empatic. Tehnicile cognitive sunt utile în revizuirea unei percepții de sine distorsionate, în special în cazul gândirii dihotomice, alb-negru. În plus, sunt utile metodele de restructurare „magică”, în care o fantasmă realistă și de plăcere înlocuiește una de grandoare. Desensibilizarea sistematică și schimbul de roluri pot fi utilizate pentru a aborda hipersensibilitatea. Lucrul cu deficitul de empatie reprezintă un accent major al tratamentului și presupune mai multe tehnici. După ce acest deficit este adus în atenția individului, sunt activate schemele emoționale legate de trăirile și reacțiile celorlalți, de obicei prin intermediul jocurilor de rol, inclusiv schimb de rol. Pot fi discutate apoi modalitățile alternative de relaționare cu

346 ceilalți și sunt formulate noi declarații de tip convingere, cum ar fi „și sentimentele celorlalți contează”. Folosirea în terapie a persoanelor semnificative pentru individ — de exemplu, în ședințe de cuplu — s-a dovedit utilă în dezvoltarea și practicarea empatiei și în întărirea schimbărilor, precum și pentru a-i ajuta pe cei dragi să facă față, în mod mai eficient, persoanei narcisice.

Conform lui Behary și Davis (2015), cele cinci obiective principale de tratament sunt: recunoașterea modalităților de coping dezadaptativ și slăbirea puterii lor; consolidarea abilităților de reglare a afectelor, punând accent pe toleranța la frustrare și imperfecțiune; creșterea respectului și a empatiei față de ceilalți; creșterea acordajului față de atuurile naturale mai degrabă decât față de valoarea personală condiționată; și creșterea implicării în rol și a reciprocității adecvate. Scopul final al acestor obiective nu este acela de a crea indivizi similari, iubitori și toleranți fără șovăire, ci, mai degrabă, de a le crește indivizilor narcisici capacitatea de a fi mai flexibili și mai adaptabili.

În concluzie, terapia cognitivă cu indivizii cu tulburare de personalitate narcisică poate fi extrem de provocatoare, însă, cu toate acestea, ei pot face schimbări semnificative. Beck arată că cei mai buni predictorii ai succesului sunt gradul de narcisism și capacitatea terapeutului de a rezista cerințelor individului de aprobare și tratament special. Rezultatele pozitive ale tratamentului sunt probabile în măsura în care (1) s-a stabilit o relație de lucru bazată pe colaborare, (2) sunt stabilite și respectate limitele privind controlul terapiei și tratamentul special; (3) sunt modificate schemele de grandoare, hipersensibilitate și empatie; (4) sunt reglate comportamentele și afectele asociate.

Terapia centrată pe scheme. Terapia centrată pe scheme reprezintă o elaborare a terapiei cognitive, dezvoltată de Young

(1994, 1999) special pentru tulburările de personalitate și alte probleme dificile, individuale și de cuplu. Terapia centrată pe scheme presupune identificarea schemelor dezadaptative și planificarea unor strategii și intervenții specifice. Cele patru strategii principale sunt: cognitivă, experiențială, comportamentală și relația terapeutică în sine. Restructurarea cognitivă, adică modificarea schemelor dezadaptative, este o strategie cognitivă importantă, fiind însă îmbinată cu exerciții de imagerie, confruntare empatică, teme pentru acasă și „re-parentaj limitat”, adică o formă de experiență emoțională corectoare (Young, 1999).

Schemele dezadaptative asociate în mod obișnuit cu tulburarea de personalitate narcisică includ: *îndreptățirea* — credința că individul este superior celorlalți și nu este legat de regulile și normele care reglementează interacțiunea socială normală; *deprivarea emoțională* — convingerea că dorința de sprijin emoțional a individului nu va fi satisfăcută de ceilalți; *deficiență* — credința că individul este defect, rău, nedorit sau inferior în aspecte importante; *standarde intransigente* — convingerea că eforturile de a îndeplini standarde de performanță nerealist de înalte sunt esențiale pentru a fi acceptat și pentru a evita criticile; și *autocontrolul insuficient* — credința că individul este incapabil să aibă autocontrol și toleranță în fața frustrării (Bernstein, 2002). Young et al. (2015) oferă un protocol detaliat de tratament pentru tratarea tulburării de personalitate narcisică.

Psihoterapia interpersonală

Conform lui Benjamin (2003b), intervențiile psihoterapeutice cu indivizi cu tulburare de personalitate narcisică pot fi planificate și evaluate în funcție de capacitatea lor de a spori

colaborarea, de a facilita învățarea despre tiparele dezadaptative și originile acestora, de a bloca aceste tipare, de a amplifica voința de schimbare și de a încuraja în mod eficient noile tipare. La fel ca în cazul altor aplicații ale psihoterapiei interpersonale, succesul intervențiilor care vizează tratarea tulburării de personalitate narcisică ar trebui evaluat în funcție de impactul intervențiilor asupra pacientului și nu în funcție de intenția terapeutului. Acest lucru înseamnă că manifestarea furiei, retragerea furioasă în raport cu terapeutul sau autonomia regală semnaleză că a fost făcută o eroare. Orice sugestie subtilă de învinovățire poate genera tipare problematice.

Facilitarea colaborării cu indivizii narcisici își are rădăcinile în empatia adecvată și consecventă. Empatia consecventă oferă afirmarea și liniștirea necesare pentru a învăța autoreglarea prin experiența de a fi oglindit corect, devenind capabil să internalizeze această afirmare empatică a sinelui. Un alt aspect important al colaborării presupune ca individul să învețe să-și tolereze greșelile. Acest lucru este facilitat prin modelare, pe măsură ce terapeutul își recunoaște greșelile sau erorile, cum ar fi o eroare ocazională minoră în a-l înțelege pe individ. În terapie, indivizii narcisici trebuie să învețe să recunoască și să blocheze tiparele de îndreptățire, grandoare și invidie față de succesul celorlalți. În acest scop, sunt folosite confruntări blânde, inserate în sprijinul puternic acordat. Benjamin consideră că aceasta este o practică delicată, care poate duce cu ușurință la situația în care individul narcisic rănit să abandoneze tratamentul. Pentru a realiza acest lucru cu succes, terapeutul trebuie să stăpânească arta delicată de a împinge limitele conștientizării, fără a distruge relația terapeutică. Terapia de cuplu poate fi utilă în recunoașterea și blocarea tiparelor dezadaptative.

Odată ce acești indivizi își înțeleg tiparele dezadaptative și aleg să renunțe la căutarea unor obiective de neatins sau dezadaptative, învățarea unor elemente noi este relativ ușoară. Conform lui Benjamin, accentul principal al învățării interpersonale este empatia. Empatia poate fi predată, în mod eficient, în terapia de cuplu. Jocul de rol și alte abordări centrate pe antrenamentul empatiei pot fi deosebit de utile. Benjamin susține că, atunci când se folosește jocul de rol, este important să se recurgă la o utilizare bazată pe colaborare și inofensivă a cuvintelor și inflexiunilor exacte ale persoanei, întrucât oglindirea inexactă poate provoca furie și retragere.

Terapia de grup

Există o literatură tot mai bogată privind tratamentul persoanelor cu tulburare de personalitate narcisică în formate de terapie de grup. Multe dintre rapoartele recente se bazează pe abordările relațiilor cu obiectul și/sau ale psihologiei sinelui (Leszcz, 1989). Rezultatele cercetărilor demonstrează că terapia de grup este la fel de eficientă ca orice altă terapie în tratarea tulburării de personalitate narcisică (Alonso, 1992). Mai mulți factori contribuie la eficiența grupurilor în cazul acestei tulburări de personalitate. În primul rând, feedbackul din partea egalilor mai degrabă decât din partea terapeutului e posibil să fie mai acceptabil pentru individ. În al doilea rând, există posibilitatea ca transferul să fie mai puțin intens decât în terapia individuală. Perlaborarea afectelor intense este mult mai posibilă, datorită atașamentelor pozitive ale individului în cadrul grupului și datorită privirii atente a grupului de egali asupra afectelor negate ale individului. În al treilea rând, apartenența la

350 grup îi satisface individului narcisic trei nevoi unice: oglindirea, obiecte pentru idealizare și oportunități pentru relații cu egalii (Grotjahn, 1984). În cele din urmă, grupul le oferă indivizilor ocazii de a-și spori capacitatea de a empatiza cu ceilalți, precum și creșterea stimei de sine și a coeziunii sinelui.

Majoritatea rapoartelor recente sugerează că grupurile care sunt formate exclusiv din indivizi narcisici pot avea rezultate terapeutice reușite. Alonso (1992) observă că, în timp ce patologia narcisică subminează forțele tipice care duc la coeziunea grupului, un grup bine condus poate funcționa drept conținător pentru clivajul și oscilația iubirii de sine și a urii de sine. Autoarea observă, de asemenea, că în grupurile pentru indivizii cu tulburare de personalitate narcisică este frecventă o rată ridicată de abandon, cu până la 50% dintre indivizi abandonând grupurile cu desfășurare continuă, mai degrabă decât pe cele limitate în timp. Alonso recomandă terapia individuală intermitentă, axată pe sprijinirea persoanelor să rămână în grup. Horowitz (1987) descrie indicațiile și contraindicațiile pentru tratamentul de grup al persoanelor narcisice. Autorul menționează patru indicații: atitudinea exigentă, egocentrismul, izolarea și retragerea socială, comportamentul deviant social. Chiar dacă aceste trăsături pot fi solicitante atât pentru terapeut, cât și pentru membrii grupului, Horowitz consideră că persoanele cu astfel de trăsături răspund destul de bine tratamentului în grup. Stone și Whiteman (1980) remarcă faptul că atenția acordată nevoilor unice ale individului ar putea justifica o scădere a accentului pus pe interpretările adresate întregului grup, cu accent pe nevoile sau capacitățile individuale ale membrilor, care sunt diferite de cele ale grupului. În sfârșit, Rutan et al. (2014) susțin că terapia de grup nu le oferă indivizilor narcisici siguranța psihoterapiei

individuale. Prezența celorlalți declanșează temeri legate de lipsa de reacție și, ca atare, prezintă un pericol serios pentru sine. Grupurile le oferă indivizilor narcisici ocazia de a se confrunța *in vivo* cu dificultățile lor, obținând experiențe reparatorii valoroase în interacțiunile sine-ceilalți. Deși toți membrii grupului pot suferi, din când în când, răni narcisice, este important să distingem între nevoile narcisice ale tuturor indivizilor și patologia acestei tulburări.

Terapia de cuplu și terapia de familie

Literatura timpurie privind terapia de familie a evidențiat tratamentul adolescenților în familiile cu patologie narcisică severă (Berkowitz et al., 1974; Shapiro, 1982). De obicei, astfel de familii îl identifică pe adolescent ca fiind pacientul și proiectează asupra acestuia propria opinie lipsită de valorizare despre ei înșiși. Nu este surprinzător că, atunci când adolescentul încearcă să se separe și să se individualizeze, furia și proiecțiile părinților se intensifică. În formatul de terapie de familie, terapeutul are rolul de a conține impulsurile și afectele deplasate, proiectate și puse în act. Mai mult, terapeutul trebuie să recunoască, să perlaborizeze și să redirecționeze aceste răspunsuri, oferind astfel familiei posibilitatea de a restabili, în această etapă critică a dezvoltării adolescenților, comunicarea și sprijinul reciproc întrerupte anterior.

Aplicațiile mai recente ale terapiei de familie pentru tulburarea de personalitate narcisică implică întregul sistem familial pentru unul sau ambii părinți/soți. Jones (1987) susține o abordare sistemică familială pentru familia narcisică. El sugerează mai multe strategii, în special, evaluarea dilemei cu care se

confruntă familia în ceea ce privește schimbarea, prin analiza-rea temelor metaforice care constrâng, în mod paradoxal, familia să se opună schimbării. Ulterior, terapeutul trebuie să se alăture rezistenței familiei — mai degrabă decât să o provoace sau să o confrunte. O astfel de relație empatică este utilă în înțelegerea modului în care rezistența poate fi redusă. De obicei, ședințele de familie sunt programate săptămânal pentru 90 de minute, cu toți membrii familiei. Un astfel de tratament de familie a fost descris ca având o durată de peste un an.

Despre terapia de cuplu cu partenerul sau cuplul narcisic au fost publicate mult mai multe informații. Berkowitz (1985) a descris un protocol de terapie de cuplu bazat pe perspectiva lui Kohut privind vulnerabilitatea narcisică, nevoile de obiect al sinelui și identificarea proiectivă. Partenerii sunt văzuți împreună în ședințe săptămânale — de obicei, cu o durată de 75–90 de minute — cu scopul de a-și „apropria” proiecțiile și de a internaliza funcțiile necesare ale obiectului sinelui. Lachkar (1986, 1992) descrie o legătură obișnuită între parteneri: narcisicul dominat de nevoi de oglindire, iar celălalt de temeri de abandon. Autoarea descrie o abordare a tratamentului psihanalitic — îmbinând teoria relațiilor cu obiectul și psihologia Sinelui deopotrivă — în care terapeutul funcționează ca obiect al sinelui, astfel încât așteptările exhibiționiste/de creare a unor legături pot ajunge să fie canalizate în obiective mai realiste. Terapia este văzută ca implicând trei etape de dezvoltare: fuziune, separare și interacțiune. Trebuie remarcat faptul că Lachkar privește terapia de cuplu drept precursor al psihoterapiei individuale sau al psihanalizei unuia sau ambilor soți. Mai mult, ea adaugă că, în lucrul conjugat, alianța terapeutică trebuie să fie asociată cu partenerul care este predominant

narcisic, din cauza tendinței acestui partener de a fugi, a se izola și a se retrage din terapie.

Solomon (1989) descrie terapia de cuplu în care unul sau ambii soți îndeplinesc criteriile pentru tulburarea de personalitate narcisică. Elucidând o perspectivă a psihologiei Sinelui privind narcisismul în căsătorie, autoarea a descris un protocol de tratament comun, în care ședința de terapie maritală funcționează ca un „mediu susținător”. În plus, autoarea consideră că o comunicare conștientă și inconștientă distorsionată este fundamentală pentru conflictul marital și rezolvarea acestuia. În sfârșit, Solomon descrie sinele empatic al terapeutului ca instrument de bază al tratamentului. Masterson și Orcutt (1989) descriu o abordare conjugată a lucrului cu perechea narcisică.

Terapia ameliorării relațiilor. Această abordare a fost recent adaptată terapiei cuplurilor cu parteneri narcisici (Snyder, 1994). Terapia de ameliorare a relațiilor reprezintă un amestec unic al teoriei relațiilor cu obiectul, al teoriei învățării sociale, teoriei interpersonale și teoriei sistemelor, oferind un format psihoeducațional pentru includerea antrenamentului abilităților fie în psihoterapia individuală, fie în terapia de cuplu conjugată.

Terapia de cuplu bazată pe ameliorarea relațiilor se concentrează pe învățarea și aplicarea a patru abilități interpersonale fundamentale: empatie; exprimare eficientă; discuție — formă de funcționare care comută între rolul empatic și cel de exprimare; rezolvarea problemelor/conflictelor. Terapeutul explică, demonstrează și antrenează fiecare abilitate în ședința comună, iar soțul/soția exersează apoi aceste abilități în ședință și între ședințe, cu problematici tot mai dificile. Nu e deloc surprinzător că abilitățile empatică și aspectul subiectiv al abilității de exprimare sunt, în mod special, defectuoase pentru cuplul cu

vulnerabilitate narcisică. Mai mult, terapeutul oferă un „mediu susținător” în care vulnerabilitatea narcisică este pusă minim în act, fiind în schimb experimentată și abordată într-o manieră productivă. Drept urmare, ambii soți învață să-și exprime sentimentele cu un risc mai mic de a-l face pe celălalt să-i fie rușine și cu o mai mare capacitate de a empatiza cu sentimentele celuilalt partener, ceea ce înainte trezea reacții defensive. Snyder (1994) oferă un exemplu de caz detaliat al acestei abordări promițătoare.

Au existat o serie de evoluții recente în terapia de cuplu în care unul sau ambii parteneri prezintă probleme ce țin de personalitatea narcisică sau tulburarea de personalitate pe deplin dezvoltată. Kalojera et al. (1998) oferă o motivație detaliată și o strategie de tratament pentru abordarea unor astfel de cupluri din perspectiva psihologiei sinelui, incluzând dinamica sistemică. Autorii prezintă o diagramă utilă a procesului de lucru relațional cu asemenea cupluri, precum și un exemplu detaliat de studiu de caz ce ilustrează modul în care a fost aplicată abordarea.

Lachkar (1999) oferă o înțelegere suplimentară a tratamentului psihanalitic al cuplurilor în care unul dintre parteneri are o structură de personalitate narcisică, în timp ce celălalt partener prezintă un tipar de personalitate borderline sau îndeplinește criteriile pentru tulburarea de personalitate borderline. Și Solomon (1999) abordează tratamentul cuplului narcisic-borderline, însă dintr-o perspectivă psihanalitică oarecum diferită. Această direcție de cercetare a fost continuată de Landucci și Foley (2014). Autorii observă că munca terapeutului în lucrul cu cuplul narcisic-borderline este de a asista cuplul în înțelegerea modului în care interacțiunile lor disfuncționale

reiau problemele de dezvoltare și nu semnaleză, în mod necesar, probleme ale relației în sine. Empatia terapeutului și abilitatea acestuia de a conține furia partenerului narcisic îi permit celuilalt partener să se simtă în siguranță în cadrul ședinței și să reinițieze astfel, pentru amândoi, procesul de dezvoltare. Un alt tipar relațional frecvent este cuplul dependent/narcisic. Nurse (1998) oferă o argumentare și un protocol de tratament detaliat pentru lucrul cu astfel de cupluri, pe baza teoriei lui Millon privind tulburările de personalitate (Millon și Davis, 1996).

Medicația

În prezent, nu există medicamente psihotrope specific indicate pentru tratarea persoanelor cu tulburare de personalitate narcisică (Silk și Feurino, 2012). Cu toate acestea, se folosesc medicamente care vizează simptomele specifice perturbatoare asociate tulburării, cum ar fi depresia, anxietatea sau problemele de somn. În general, aceste medicamente sunt folosite ca adjuvant al psihoterapiei și antrenamentului abilităților. Deoarece simptomele perturbatoare răspund adeseori la medicație mai rapid decât în cazul majorității intervențiilor psihologice, medicamentele sunt, de obicei, prescrise la începutul tratamentului (Sperry, 1995b). Din păcate, există puține dovezi provenind din cercetare care să ofere un ghidaj pentru utilizarea unor asemenea medicamente în cazul acestei tulburări (Silk și Feurino, 2012).

Abordarea combinat/integrativă a tratamentului

Așa cum am menționat în capitolul introductiv al acestei cărți, arareori există un singur tratament de elecție, fie că este

356 o metodă specifică — oglindirea — sau o abordare generală — adică psihanaliza — care poate asigura rezultate pozitive ale tratamentului persoanelor cu tulburare de personalitate. De obicei, în funcție de nivelul general de funcționare, tipare temperamentale, stil defensiv și deficite ale abilităților este necesar, mai degrabă, un protocol de tratament adaptat, specific și coordonat etapizat, pentru îndeplinirea scopurilor și obiectivelor de tratament într-o manieră și un mod oportun. Pincus, Wright și Cain (2014) descriu grandooarea și vulnerabilitatea narcisice în contextul psihoterapiei, cu trimiteri către discuția anterioară despre narcisismul manifest și ascuns. Simptomele anxietății sociale, ale depresiei și intențiile suicidare îi determină adesea pe indivizii narcisici să caute un tratament de ameliorare, iar abordarea lor cu o strategie de tratament combinată/integrativă este deosebit de utilă. Roche, Pincus, Lukowitsky, Ménard și Conroy (2013) oferă, de asemenea, o abordare integrată în evaluarea acestei tulburări.

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

Indivizii cu personalități obsesiv-compulsive se prezintă adesea ca fiind inhibați, încăpățânați, perfecționiști, judicativi, hiperconștiincioși, rigizi și cronic anxioși. Aceste persoane tind să evite intimitatea și se bucură prea puțin de viață. Pot avea succes, fiind însă, în același timp, indecise și exigente (Samuels și Costa, 2012). Toți acești factori pot împiedica schimbarea personală. Cu toate acestea, în ciuda unui număr de provocări terapeutice unice, schimbarea poate fi extrem de eficientă și reușită. În plus, deși există unele asemănări, această tulburare diferă de tulburarea obsesiv-compulsivă, care se caracterizează prin compulsiile ritualice și obsesii (Samuels și Costa, 2012).

Capitolul de față descrie un cadru pentru evaluarea și tratamentul eficient al acestei tulburări. Sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz și intervențiile de tratament. Se începe cu informații de fond despre tulburare, precum și cu o descriere DSM-5 și o descriere prototip a tulburării. Secțiunea privind conceptualizarea de caz oferă cinci formulări clinice generale ale acestei

tulburări: psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală, interpersonală și o conceptualizare integrativă a tulburării. De asemenea, sunt descrise mai multe metode de tratament, modalități și strategii de intervenție. Printre acestea se numără psihoterapia individuală, terapia de grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat.

Descrierea tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă poate fi recunoscută cu ajutorul următorilor descriptori sau caracteristici: stil vs. tulburare, eveniment declanșator, stil comportamental, stil interpersonal, stil cognitiv, stil afectiv, stil de atașament și criteriu optim de diagnostic.

Stil vs. tulburare. Personalitatea obsesiv-compulsivă poate fi concepută ca acoperind un continuum de la sănătos la patologic, în care stilul de personalitate obsesiv se află la extrema sănătății, iar tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă se află la extrema patologiei. Tabelul 9.1 compară și diferențiază stilul de personalitate obsesiv-compulsiv de tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă.

TABELUL 9.1 Comparatie între stilul de personalitate și tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

Stilul de personalitate	Tulburarea de personalitate
Își doresc să finalizeze sarcinile și proiectele fără greșeli sau erori.	Perfecționism care interferează cu finalizarea sarcinilor.

Se mândresc că îndeplinesc bine toate activitățile sau sarcinile, în cele mai mici detalii.

Tind să vrea ca lucrurile să fie făcute „întocmai bine” și într-un anumit mod, dar au o oarecare toleranță pentru cum sunt realizate lucrurile.

Dedicați muncii și lucrului din greu, capabili de efort intens, neclintit.

În luarea deciziilor, iau în calcul cu atenție alternativele și consecințele acestora.

Tind să aibă principii morale puternice și își doresc din răspuțeri să procedeze corect.

Indivizi care nu bagă în seamă trivialitățile și care-și fac treaba fără prea mare implicare emoțională.

În general, sunt atenți, economi și precauți, dar sunt capabili să împărtășească din belșugul lor.

Preocupare față de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau programe, în asemenea măsura încât scopul principal al activității se pierde.

Insistențe nerezonabile ca ceilalți să se supună exact modului în care fac ei lucrurile sau împotriva nerezonabilă de a le permite celorlalți să facă lucruri din cauza convingerii că nu le vor realiza corect.

Devotament excesiv față de muncă și productivitate, cu excluderea activităților de timp liber și a prietenilor (care nu se explică prin nevoi financiare evidente).

Indecizi: luarea de decizii este evitată, amânată sau prelungită (dar nu determinată de nevoia excesivă de sfaturi sau reasigurări din partea celorlalți).

Hiperconștiințioși, scrupuloși și inflexibili privind aspecte legate de moralitate, etică și valori.

Exprimări restrânse ale afecțiunii.

Lipsă de generozitate în privința acordării de timp, bani sau daruri, atunci când nu există probabilitatea să rezulte vreun câștig personal.

Tind să păstreze și să colecționeze obiecte și se împotrivesc ideii de a renunța la obiecte care au, au avut sau ar putea avea într-o bună zi valoare sentimentală pentru ei.

Incapabili să renunțe la obiectele uzate sau inutile, chiar și atunci când acestea nu au vreo valoare.

Următoarele exemple de caz ilustrează mai bine diferențele dintre tulburarea de personalitate — dl Z — și stilul de personalitate — dl C.

STUDIU DE CAZ: TULBURAREA DE PERSONALITATE OBSESIV-COMPULSIVĂ

Dl Z., în vârstă de 39 de ani, este un director de firmă care își dorea să înceapă psihoterapia pentru că „întreaga sa lume se micșora”. A oferit un istoric al unor sentimente de nemulțumire de lungă durată privind căsnicia sa, care se înrăutățise în ultimii doi ani. A descris solicitările crescânde ale soției pentru timp și afecțiune din partea lui, solicitări pe care le considera o slăbiciune a ei. Și viața sa profesională devenise conflictuală, în momentul în care partenerul său de 10 ani dorise ca ei să-și extindă firma de contabilitate într-un alt oraș. Dl Z. considera că această propunere era riscantă și ajunsese în punctul în care să-și vândă partea lui din afacere partenerului său. Știa că trebuia să ia anumite decizii cu privire la căsătoria și afacerea lui, dar și-a dat seama că nu reușea să facă acest lucru. El spera că terapia l-ar ajuta în privința acestor decizii. S-a prezentat îmbrăcat cu grijă într-un costum conservator, din trei piese, albastru. Postura sa era rigidă și vorbea pe un ton formal și controlat, cu emoții reduse. Gândirea îi era caracterizată de preocuparea față de detalii și era oarecum circumstanțială.

STUDIU DE CAZ: STILUL DE PERSONALITATE OBSESIV-COMPULSIV

Dl C., în vârstă de 41 de ani, este vicepreședinte adjunct al departamentului de resurse umane al unei companii de stat. A urcat ierarhic, datorită loialității și realizărilor sale, peste și dincolo de chemarea datoriei. Datorită meticulozității și atenției la detalii, în ultimii doi ani, a reușit să economisească aproape 3 milioane de dolari pentru compania sa, în ceea ce privește asigurările și beneficiile pentru sănătate ale angajaților companiei. În cele mai multe seri, dl C. ia acasă cu el o servietă cu lucruri de rezolvat. Deși pe el nu-l deranja această intruziune în viața de familie, pe soția lui, cu care era căsătorit de 18 ani, o deranja. În consecință, au ajuns la un acord ca dl C. să petreacă cel puțin două ore cu soția și cu cei trei copii, înainte de a se întoarce la servieta sa.

Eveniment declanșator. Situația tipică, circumstanța sau evenimentul care, cel mai probabil, declanșează sau activează răspunsul caracteristic dezadaptativ al tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă (Othmer și Othmer, 2002), după cum se observă în stilurile comportamental, interpersonal, cognitiv și afectiv, ține de: „autoritate; situații nestructurate și/sau cerințe de relații intime și apropiate.”

Stil comportamental. Din punct de vedere comportamental, această tulburare este caracterizată de perfecționism. Există probabilitatea ca persoanele care suferă de această tulburare să fie persoane dependente de muncă. Pe lângă seriozitate, acești indivizi înclină să fie încăpățânați și posesivi. Ei tind să fie indeciși și să amâne.

Stil interpersonal. Din punct de vedere interpersonal, acești indivizi sunt foarte conștienți de rangul și statutul social și își modifică comportamentul în consecință. Asta înseamnă că tind să fie respectuoși și supuși față de superiori, iar față de subordonați și colegi sunt aroganți și despotici. Pot stărui insistent ca ceilalți să facă lucrurile cum își doresc ei, fără să evalueze sau să conștientizeze modul în care ceilalți reacționează la această insistență. În cel mai bun caz, sunt politicoși și loiali organizațiilor și idealurilor pe care le adoptă.

Stil cognitiv. Stilul lor de gândire poate fi caracterizat ca fiind îngust și bazat pe reguli. Au dificultăți în stabilirea priorităților și a perspectivei. Sunt oamenii „detaliilor” și, de multe ori, pierd din vedere proiectul mai mare. Cu alte cuvinte, „nu pot vedea pădurea de copaci”. Indecizia și îndoielile lor fac ca luarea deciziilor să fie dificilă. Inflexibilitatea lor mentală este egalată de stilul lipsit de sugestibilitate și imaginație, ceea ce sugerează că au o viață fantasmatică limitată. Asemenea indivizilor pasiv-agresivi, persoanele obsesiv-compulsive au conflicte între asertivitate și sfidare, între a fi plăcute și a fi obediente, însă din motive diferite.

Stil afectiv. Stilul lor afectiv sau emoțional este caracterizat ca fiind sumbru și posomorât. Le este dificil să-și exprime trăirile intime, cum ar fi căldura și blândețea. Tind să evite sentimentele „mai blânde”, deși pot manifesta furia, frustrarea și iritarea destul de liber. Această conduită sumbră, de evitare a emoțiilor, se manifestă în comportamente de relaționare prețioase și rigide.

Stilul de atașament. Dimensiunea atașamentului preocupat este caracterizată de un sentiment de lipsă de valoare personală și evaluarea pozitivă a celorlalți. Acești indivizi tind să fie foarte orientați spre exterior în autodefinirea lor. Stilul de atașament

preocupat este obișnuit la persoanele cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă.

Criteriul optim de diagnostic. Dintre toate criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă, unul a fost identificat ca fiind cel mai util în diagnosticarea acestei tulburări. Convingerea este că, începând cu acest criteriu, clinicianul poate testa prezența sau absența criteriului și poate diagnostica mai repede tulburarea de personalitate (Allnutt și Links, 1996). Criteriul optim pentru această tulburare este: manifestă perfecționism care interferează cu finalizarea sarcinilor.

Descrierea DSM-5

Indivizii cu această tulburare de personalitate se caracterizează printr-un tipar pervaziv de perfecționism, ordine și control, în detrimentul flexibilității, receptivității și al eficienței. Sunt preocupați prea mult de detalii, reguli și orare. Perfecționismul lor interferează cu îndeplinirea sarcinilor din cauza standardelor lor mult prea stricte. Sunt extrem de dedicați muncii și productivității, excluzând activitățile de recreere și prietenii. Când vine vorba de chestiuni privind valorile, moralitatea sau etica, acești indivizi sunt inflexibili, scrupuloși și hiperconștiincioși. Adesea, nu reușesc să renunțe la obiecte uzate sau nefolositoare, lipsite de valoare sentimentală. Nu vor delega sarcini sau nu vor lucra cu ceilalți, decât dacă lucrurile se pot întâmpla în condițiile lor. Nu e de mirare că acești indivizi sunt, de asemenea, rigizi și încăpățânați. În sfârșit, sunt zgârciți cu banii, care sunt adunați în eventualitatea unor viitoare catastrofe (American Psychiatric Association, 2016).

„Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate” oferă o altă descriere a acestei tulburări (American Psychiatric Association, 2016). Caracteristicile tipice sunt descrise ca fiind dificultățile în stabilirea și menținerea unor relații personale apropiate, asociate cu perfecționism, exprimare emoțională limitată și inflexibilitate. Dificultățile caracteristice sunt observate în ceea ce privește identitatea, autocontrolul, empatia și intimitatea, precum și afectele limitate, evitarea intimității, perseverarea și perfecționismul rigid.

Descriere prototip

Un prototip este o scurtă descriere care surprinde esența modului în care o anumită tulburare se prezintă în mod obișnuit. Descrierile prototip sunt utile și convenabile, iar clinicienii se bazează în mod obișnuit pe ele, mai degrabă decât pe liste de criterii comportamentale sau convingeri fundamentale (Westen, 2012). Iată o descriere prototip obișnuită a tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă: acești indivizi sunt perfecționiști și preocupați de control într-o manieră de neclintit. Nu se pot odihni până ce nu le reușește fiecare detaliu exact. Deoarece insistă că ceilalți nu pot fi niciodată suficient de atenți sau de competenți, ei nu deleagă niciodată și nu încredințează aspectele importante altora. Viețile lor sunt controlate de programe, reguli și rutine rigide. Din cauza atenției lor scrupuloase asupra detaliilor și proiectelor, nu se pot relaxa, nu pot fi spontani sau nu se pot bucura de relații apropiate și intime. Sunt neobișnuit de avari cu banii, sentimentele și afecțiunea. Transmit clar că lucrurile trebuie să se întâmple întotdeauna după cum vor ei sau deloc (Frances, 2013).

Prevalența

Prevalența acestei tulburări a fost estimată între 2,1 și 7,9% în populația generală (American Psychiatric Association, 2016). În contextele clinice, conform estimărilor, se găsește de la 2,8 până la 34,6% dintre pacienți (Torgersen, 2012).

Conceptualizări ale tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă

Conceptualizări de caz psihodinamice

Autorii psihanalitici timpurii au descris personalitatea obsesiv-compulsivă ca fiind o regresie de la faza oedipiană la faza anală a dezvoltării. S-a observat că, din cauza unui Supraeu punitiv, individul obsesiv-compulsiv folosește ca mecanisme de apărare intelectualizarea, izolarea afectului, anularea retroactivă și formațiunea reacțională. După câte putem presupune, acestor indivizi le-a fost dificil să-și exprime agresivitatea, ca rezultat al luptei pentru putere cu figurile materne în perioada educației sfinceriene.

Totuși, autorii contemporani formulează acest tipar ca fiind mult mai larg decât fixația anală. În copilărie, acești indivizi nu au fost suficient de apreciați sau iubiți de cei care îi îngrijeau și au dezvoltat ulterior îndoieli copleșitoare. Salzman (1980) consideră că tiparul obsesiv este, practic, un dispozitiv pentru a împiedica orice gând sau sentiment care ar putea produce rușine, pierderea mândriei sau a statutului sau un sentiment de deficiență sau slăbiciune, indiferent dacă sentimentele sunt ostile, sexuale sau de alt fel. Autorul consideră compulsivitatea

obsesivă ca fiind o strategie nevrotică menită să-i protejeze pe acești indivizi de expunerea la orice gânduri sau sentimente care le-ar putea pune în pericol existența fizică sau psihică. Necesitatea imperioasă de a-și controla lumea interioară și exterioară îi face pe acești indivizi să ducă vieți extrem de structurate și gestionabile. Ei tind să-și mențină îndoielile, sunt dispuși să-și asume angajamente și se străduiesc pentru perfecțiune. Prin urmare, este necesar ca ei să știe totul pentru a prezice viitorul și pentru a se pregăti pentru fiecare exigență. Pentru a păstra ficțiunea perfecțiunii, nu trebuie să facă niciodată vreo eroare sau să admită vreo deficiență. Mai mult, tendința de a amâna este legată de tendința lor de a se îndoii, ca mijloc de a-și garanta omnisciența atunci când viața îi forțează să ia o decizie sau să facă o alegere. Ca atare, ei sunt profund ambivalenți, ceea ce le permite să-și păstreze siguranța, dar cu prețul productivității și al sentimentelor și atitudinilor pozitive. Acești indivizi consideră, în mod conștient, atât furia, cât și dependența ca fiind inacceptabile și se apără astfel împotriva acestor sentimente, prin mecanisme de apărare precum formațiunea reacțională și izolarea afectului, ca și prin comportamente cuviincioase și slugarnice. Intimitatea le ridică preocupări majore acestor indivizi, care se tem că vor fi copleșiți de dorințele puternice de a fi îngrijiți, confruntându-se, totodată, și cu frustrarea acelor dorințe, alături de teama de a pierde controlul. În plus, ei nutresc convingerea secretă că, dacă ar putea deveni perfecți, ar primi în sfârșit aprobarea parentală și aprecierea care le-au lipsit în viața timpurie. În sfârșit, autorii psihodinamici au observat stilul cognitiv unic al indivizilor obsesiv-compulsivi (Horowitz, 1988; Horowitz et al., 1984; Shapiro, 1965), caracterizat prin constrângere, atenție deosebită la detalii, lipsa spontaneității și gândirea ruminativă.

Până în prezent nu există dovezi din partea cercetărilor că la baza acestei tulburări s-ar afla factori biologici predispozanți (Millon și Davis, 1996). Cu toate acestea, observațiile clinice sugerează că mulți indivizi obsesiv-compulsivi manifestă un temperament anhedonic (Millon, 1981) și tind să fie primii născuți în familiile lor de origine (Toman, 1961). Anumiți factori de mediu pot fi etiologici: hipercontrolul parental, comportamentul compulsiv învățat și antrenamentul responsabilității. Mai degrabă decât să fie excesiv de protectori, părinții indivizilor obsesiv-compulsivi au exercitat un control exagerat, prin fermitate și atitudine punitivă. Încercarea de a-i împiedica pe copii să provoace probleme pentru ei înșiși sau pentru ceilalți este punitivă, atunci când copilul se poartă greșit sau nu reușește să satisfacă așteptările. Copiii învață comportamentul compulsiv, în mod direct și indirect, în cadrul matricei familiale. Ei învață să evite pedeapsa, acceptând și satisfăcând cerințele și așteptările unor părinți perfecționiști și punitivi. Mai mult, ei învață comportamentul compulsiv prin imitarea comportamentelor compulsive modelate de unul sau ambii părinți. Drept urmare, nu-și dezvoltă capacitatea de a genera opțiuni și de a explora alternative și, astfel, nu reușesc să funcționeze autonom. Indivizii obsesiv-compulsivi sunt expuși, în mod regulat, unor condiții care îi învață să supraevalueze sentimentul de responsabilitate față de ceilalți. Ei sunt învățați să simtă vinovăție, atunci când aceste responsabilități nu sunt îndeplinite și rușine, atunci când acționează impulsiv sau chiar jucăuș. În schimb, învață să fie politicoși, plăcuți și loiali superiorilor. Aceste influențe generează, în mod obișnuit, indivizi care sunt puternic hotărâți,

368 perfecționiști, politicoși, plăcuți și care duc o viață mai degrabă restrictivă, nesigură și lipsită de culoare.

Tiparul obsesiv-compulsiv se perpetuează de la sine prin interacțiunea dintre rigiditatea cognitivă și comportamentală, aderența strictă față de roluri, reglementări și convenții sociale și tendința de a fi extrem de autocritici. În timp ce rigiditatea lor cognitivă servește la reducerea anxietății asociate cu flexibilitatea și ambivalența, acești indivizi tind să ducă vieți excesiv de structurate, unilaterale. Autocritica le servește pentru a-i menține în linie, în timp ce strădania spre perfecțiune reduce posibilitățile de asumare a riscurilor și de aventură.

Conceptualizări de caz cognitiv-comportamentale

Beck (2015) a identificat credințele sau schemele de bază pe care le au indivizii obsesiv-compulsivi: perfecționismul și controlul. Schema perfecționismului presupune credințe precum: „Pentru a fi valoros, trebuie să evit greșelile, deoarece a face o greșeală înseamnă a eșua, ceea ce ar fi intolerabil” și „Dacă cursul perfect de acțiune este neclar, este mai bine să nu fac nimic”. Schema de control presupune credințe precum: „Trebuie să fiu absolut în control asupra persoanei mele și asupra mediului meu, pentru că pierderea controlului este intolerabilă și periculoasă”, „Fără regulile și ritualurile mele, mă voi prăbuși într-o grămadă inertă” și „Ritualurile magice sau ruminările obsesive împiedică apariția catastrofelor”. În mod obișnuit, acești indivizi se văd pe sine ca responsabili și răspunzători pentru aproape toate lucrurile din viața lor. În același timp, ei consideră că sunt inadecvați, neajutorați sau defecti. Ei îi privesc pe ceilalți ca fiind incompetenți, neglijenți și mai puțin preocupați de chestiuni

369 decât sunt ei. Convingeri asemănătoare includ necesitatea regulilor și reglementărilor pentru a supraviețui. Din cauza convingerilor lor despre control și perfecțiune, în cazul în care eșuează într-o sarcină, probabil vor concluziona că sunt ratați și lipsiți de valoare. Nu este surprinzător faptul că astfel de credințe sunt reflectate în principala lor strategie sau tipar de exercitare a controlului maxim asupra propriei persoane și asupra altora, prin folosirea atitudinii directive, a coerciției și dezaprobării (Beck, 2015; Simon, 2015).

Guidano și Liotti (1983) oferă o formulare cognitivă similară, însă diferită, care implică trei scheme dezadaptative. Acestea sunt: perfecționismul, nevoia de certitudine și convingerea că există o soluție corectă universală pentru problemele umane. Autorii observă că acești indivizi au primit mesaje mixte, contradictorii, de la cel puțin un părinte. De asemenea, autorii descriu gândurile automate tipice ale indivizilor obsesiv-compulsivi. „Trebuie să îndeplinesc perfect această sarcină”, „Trebuie să fac singur acest proiect sau nu va fi făcut bine”, „Persoana aceea nu s-a purtat bine și ar trebui pedepsită” și „Ar trebui să păstrez aceste rapoarte vechi, pentru că așa putea avea nevoie de ele într-o zi”. Pe lângă aceste scheme și gânduri automate, persoanele cu acest tipar de personalitate folosesc adeseori distorsiunile cognitive ale gândirii dihotomice și ale amplificării sau catastrofizării.

Turkat (1990) și Turkat și Maisto (1985) propun o formulare comportamentală a acestui tipar. Acești indivizi se remarcă prin faptul că au fost crescuți în familii care au subliniat productivitatea și respectarea regulilor, în detrimentul expresivității emoționale și a relațiilor interpersonale. În consecință, acești indivizi nu au dobândit nivelurile adecvate ale abilităților

Conceptualizările de caz interpersonale

Potrivit lui Benjamin (2003a), persoanele diagnosticate cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă au fost probabil crescute într-o atmosferă caracterizată prin constrângerea nerezonabilă și coerciția neobosită de a realiza corect lucrurile și de a respecta regulile, indiferent de costul personal. Drept urmare, individul obsesiv-compulsiv manifestă un devotament dezechilibrat față de perfecțiunea proprie și a celorlalți. De obicei, părinții aveau așteptări extrem de mari de autocontrol și perfecțiune și nu numai că i-au pedepsit pe copii pentru că nu erau perfecți, dar le-au oferit prea puține recompense sau niciuna pentru succes. Ulterior, copiii s-au concentrat în primul rând pe evitarea greșelilor și pe autocritică, încercând, din greu, să fie buni și corecți. Mai mult, în aceste familii a existat prea puțină căldură. Râsetele, îmbrățișările, ținutul în brațe și alte semne de afecțiune erau rareori, dacă vreodată, manifestate. Exprimarea sentimentelor era considerată periculoasă. Consecința adultă a lipsei de căldură și a solicitărilor de perfecțiune este reprezentată de corectitudinea lor socială, însoțită însă de inaccesibilitatea emoțiilor. În sfârșit, există o teamă de a face greșeli și o predilecție pentru respectarea regulilor. Căutarea ordinii stă la baza învinovățirii și a controlului celorlalți lipsit de considerație, controlul alternând cu obediența oarbă față de autoritatea de principiu. Această poziție este susținută de o autodisciplină excesivă, de evitarea emoțiilor, de autocritică, precum și de neglijarea de sine.

Următoarea formulare integrativă oferă o explicație biopsihosocială pentru modul în care e probabil să se fi dezvoltat această personalitate și cum este ea menținută. Din punct de vedere biologic, e posibil ca acești indivizi să fi manifestat un temperament anhedonic în copilărie. Nu e nicio surpriză că primii născuți au o înclinație mai mare spre dezvoltarea unui stil compulsiv comparativ cu ceilalți frați.

Din punct de vedere psihologic, acești indivizi se văd pe ei înșiși, pe alții, lumea și scopul vieții în termenii următoarelor teme. Ei tind să se perceapă pe sine într-o variantă a temei: „Sunt responsabil dacă ceva nu merge bine, așa că trebuie să fiu de încredere, competent și virtuos.” Percepția asupra lumii este o variantă a temei: „Viața este imprevizibilă și prea exigentă.” Ca atare, este posibil să concluzioneze: „Prin urmare, fii în control, fii corect și adecvat în orice moment.”

Din punct de vedere social, pentru această personalitate sunt observate tipare de parentaj și condiționare din partea mediului predictibile. Stilul de parentaj pe care l-au experimentat poate fi caracterizat prin consecvență și, totodată, prin control excesiv. În copilărie, au fost instruiți să fie excesiv de responsabili pentru acțiunile lor și să se simtă vinovați și lipsiți de valoare dacă nu erau obedienți, orientați spre realizări sau „buni”. Injoncțiunea parentală la care au fost cel mai probabil expuși a fost: „Trebuie să faci mai bine și să fii mai bun pentru a fi valoros”.

Acest tipar obsesiv-compulsiv este confirmat, întărit și perpetuat de mai mulți factori: așteptări extrem de ridicate, plus un comportament și credințe extrem de rigide, alături de tendința de a fi autocritic, toate ducând la un comportament rigid, bazat

372 pe reguli și la evitarea a tot ceea ce este inacceptabil din punct de vedere social, profesional și moral. Acest lucru, la rândul său, reconfirmă comportamentele și credințele extrem de rigide ale acestui tipar de personalitate (Sperry, 2015).

Tabelul 9.2 rezumă caracteristicile acestei tulburări.

TABELUL 9.2 Caracteristici ale tulburării de personalitate obsesiv-compulsive

Eveniment(e) declanșator/oare	Cerințe din partea unor figuri de autoritate; situații nestructurate și/sau cerințe de relații intime și apropiate
Stil comportamental	Perfecționist și virtuos Obsedat de muncă De nădejde, de încredere și hiperconștiincios Indecis și amână
Comportament interpersonal	Dedicarea față de sarcini sau muncă limitează relațiile Nu e dispus să delege sau să colaboreze Rigid și încăpățânat Judicativ Despotic față de subordonați, dar plin de respect față de superiori Politicos și loial
Stil cognitiv	Limitat, bazat pe reguli Inflexibilitate Lipsit de imaginație
Stil afectiv	Sumbru și posomorât Evitarea emoțiilor
Temperament	Iritabil, dificil sau anxios
Stil de atașament	Preocupat

Injoncțiune parentală	„Trebuie să faci mai bine sau să fii mai bun pentru a fi valoros.”
Percepția de sine	„Sunt responsabil dacă ceva nu merge bine.”
Percepția asupra lumii	„Viața este imprevizibilă și prea exigentă. Prin urmare, fii în control, fii corect și așa cum trebuie și nu face greșeli.”
Scheme dezadaptative	Standarde severe; atitudine punitivă; inhibiție emoțională
Criteriu optim de diagnostic	Manifestă perfecționism care interferează cu finalizarea sarcinilor

373

Evaluarea tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă

Mai multe surse de informație sunt utile în stabilirea unui plan de diagnostic și tratament pentru tulburările de personalitate. Observația, informațiile colaterale și testarea psihologică reprezintă componente importante ale autoevaluării pacientului din timpul interviului clinic. Această secțiune descrie succint câteva observații caracteristice pe care le face clinicianul, precum și natura relației care se poate dezvolta în întâlnirile inițiale cu indivizii cu tulburări de personalitate specifice. Sunt descrise, de asemenea, tiparele de răspuns caracteristic la diferite teste obiective (adică, MMPI-2 și MCMI-IV) și teste proiective (adică Rorschach și TAT).

Comportamentul și raportul stabilit în timpul interviului

Dinamica obsesiv-compulsivului, caracterizată prin circumstanțialitate, perfecționism și ambivalență, face ca intervierea acestor indivizi să fie dificilă și provocatoare. Preocuparea lor

pentru detalii și concentrarea asupra acestora, precum și nevoia de control conduc la o luptă aparent nesfârșită cu privire la cuvinte, problematici și cine este responsabil, fără a se reuși dezvoltarea unei atmosfere bazate pe înțelegere și cooperare. Întrebările deschise îi duc la confuzie. În schimb, ei își doresc întrebări mai focalizate, dar, atunci când se adresează o astfel de întrebare, o interpretează prea restrictiv. E posibil să aducă cu ei un dosar cu istoricul medical, dieta, tiparul de exerciții fizice sau chiar vise, așteptându-se să treacă în revistă cu dumneavoastră toate aceste detalii. Și, deși pot admite că acestor detalii le sunt asociate afecte și sentimente, nu sunt dispuși să recunoască valoarea exprimării acestor afecte, cu atât mai puțin să vorbească despre ele. Ambivalența lor este dificil de depășit, deoarece nu pot accepta asigurările din partea celorlalți că problemele lor pot fi rezolvate sau că pot tolera un control mai slab în viața lor.

Exprimarea empatiei clinicianului este problematică pentru ei, deoarece insistă că sunt obiectivi și nu au sentimente. Astfel, sunt perturbați de exprimarea empatiei și o resping ca fiind irelevantă. Pot insista că problemele lor sunt importante, și nu suferința lor. Cu toate acestea, problemele lor sunt de nerezolvat! Singura pârghie terapeutică pentru clinician este încercarea de a-l face pe acest individ să intre în contact cu furia și alte sentimente și să-l mențină acolo. Acest lucru este însă dificil, deoarece ei vor încerca să apere sau să nege afectele și să se folosească de o gândire obsesivă și mai obstructivă, pentru a neutraliza o astfel de influență terapeutică. Nu este nevoie să spunem că formarea unei alianțe terapeutice este dificilă, iar interviul constă adesea în încercări eșuate, frustrări și lupte (Othmer și Othmer, 2002).

Datele testărilor psihologice

Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI-2), Inventarul Clinic Multiaxial Millon (MCMI-IV), Testul psihodiagnostic Rorschach și Testul de Apercepție Tematică (TAT) pot fi utile în diagnosticarea tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă, precum și a stilului de personalitate obsesiv-compulsivă (Groth-Marnat, 2009).

La MMPI-2 există probabilitatea unei scale K (Corecție) moderat de înalte. Deoarece indivizii cu trăsături obsesiv-compulsive nu sunt înclinați spre autodezvăluire, aceștia rareori au profiluri cu scoruri ridicate. Cu toate acestea, scalele 1 (Ipohondrie) și 3 (Isterie) tind să fie înalte. Dacă plângerile fizice reprezintă punctul central al suferinței, scala 1 poate fi deosebit de ridicată. O creștere pe scala 9 (Hipomanie) reflectă de obicei gradul în care acești indivizi sunt despotici și dominanți în relațiile interpersonale. Din moment ce scala 7 (Psihastenie) reflectă obsesionalitatea, creșterea acestei scale indică, de obicei, o atitudine plină de plângeri și nemulțumire (Graham, 2012; Meyer, 1995).

La MCMI-IV este probabil un scor mare pe scala 7 (Compulsiv) (Millon et al., 2015). Creșterile de scor pe scala A (Anxietate) nu sunt probabile, deoarece acești indivizi tind să-și exprime anxietatea somatic, astfel încât scala H e probabil să fie crescută (Tulburarea simptomului somatic) (Choca și Denburg, 1997).

În cazul testului Rorschach, este probabil să se pună accentul pe răspunsurile de tip Dd (Detaliu neobișnuit) și răspunsurile D (Detaliu obișnuit). De asemenea, sunt frecvente numeroase răspunsuri F+% (Forma bună) și mai puține răspunsuri W (Întreg) și răspunsuri bazate pe culoare. Persoanele obsesiv-compulsive

376 tind să descrie unele răspunsuri în detalii extrem de specifice și să critice petele de cerneală (Meyer, 1995).

Poveștile TAT ale acestor indivizi tind să fie lungi, cu o varietate de teme. Uneori, tema principală se pierde în detaliile răspunsului lor. Acest lucru este posibil în special la planșele 2 și 13 MF (Bellak, 1997).

Abordări ale tratamentului și intervenții

Considerații privind tratamentul

În diagnosticul diferențial al acestei tulburări sunt incluse tulburarea de personalitate dependentă și așa-numita tulburare de personalitate pasiv-agresivă. Diagnosticul de simptom care sunt asociate în mod obișnuit cu tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă includ tulburările de anxietate, în special fobia simplă, tulburarea de anxietate socială și tulburarea de panică. Alte tulburări comune din DSM-5 includ tulburările de conversie și tulburările simptomului somatic.

Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) are o lungă tradiție de tratament, datând încă de la cazul „Omul cu șobolani” al lui Freud și cel al lui Adler, „Cazul doamnei A.”. Observați că TOC este o tulburare de simptom, în timp ce tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă este o tulburare de personalitate. Din moment ce „Omul cu șobolani” prezenta atât tulburări de pe Axa I, cât și de pe Axa II, mulți care au citit relatarea lui Freud privind acest caz și tratamentul său au presupus incorrect că ambele tulburări sunt aceleași și sunt tratate la fel. Ele nu sunt aceeași tulburare, dar, în aproximativ o treime din cazuri s-au dovedit a fi prezente ambele tulburări (Jenike, Baer

și Minichiello, 1998; Phillips și Stein, 2015). Când ambele tulburări sunt prezente împreună, tratamentul s-a dovedit a fi mult mai provocator decât în cazul în care există doar TOC.

Obiectivele de tratament includ dezvoltarea limitelor cognitive și creșterea exprimării emoționale, astfel încât să poată fi obținut un echilibru mai rezonabil între gânduri și sentimente. Strategiile de tratament pentru tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă implică, de obicei, terapie de lungă durată, centrată pe insight. Spre deosebire de tulburarea obsesiv-compulsivă, în care antidepresivele și terapia comportamentală pot avea drept rezultat ameliorarea obsesiilor și a compulsiilor într-o perioadă relativ scurtă de timp, tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă nu dă rezultate cu un tratament de scurtă durată. Cu toate acestea, intervențiile psihodinamice și cognitiv-comportamentale par a fi eficiente. Medicația nu este de obicei necesară în cazul acestei tulburări de personalitate, dacă se obține remiterea tulburării de simptom ce o însoțește (Sperry, 2015).

Psihoterapia individuală

Abordarea psihoterapiei psihodinamice

Terapia pacienților obsesiv-compulsivi presupune expunerea sentimentelor extreme de nesiguranță și incertitudine ale pacientului. Pe măsură ce și identifică structura nevrotică ca fiind o apărare împotriva recunoașterii acestor slăbiciuni, ei pot începe să-și dezvolte un sistem de securitate mai adaptativ. La începutul tratamentului, acești pacienți nu reușesc să renunțe la apărarea lor obsesiv-compulsivă, temându-se de consecințe teribile. Totuși, pe măsură ce stima lor de sine crește, iar conștientizarea

punctelor lor forte se amplifică, ei sunt capabili să-și asume riscul abandonării acestor tipare, fiind, astfel, mai liberi să funcționeze mai productiv. Obiectivul terapiei este trecerea de la așteptările imposibile de la sine și de la alții, la unele mai realiste și care pot fi realizate. Pe scurt, acești indivizi ajung să învețe că, renunțând la tiparele lor rigide și inflexibile de control și protecție, se pot simți, de fapt, mai productivi. Efectuarea psihoterapiei orientate psihodinamic cu pacienți obsesiv-compulsivi necesită o serie de modificări. Modificarea implică nivelul de activitate a clinicianului, care trebuie să fie activ de la începutul până la sfârșitul tratamentului. Pasivitatea clinicianului, conform lui Salzman (1980), poate duce doar la analize interminabile și la o atmosferă de confuzie. În mod specific, asocierile libere, tendința spre detalii nesfârșite și circumstanțialitate trebuie controlate și limitate. Din cauza nevoii de perfecțiune a acestor pacienți, ei tind să-și denumească și să-și cuantifice descrierile, ceea ce, mai degrabă decât să clarifice, confundă și zăpăcește. Procesul asocierilor libere tinde să-și anuleze propriul scop. Astfel, clinicianul trebuie să fie activ pentru a preveni această tangențialitate și distrahere, încercând să întrerupă ceea ce este irelevant ca și evităările. Desigur, evitarea majoră este cea a afectelor. Deși acești pacienți pot vorbi despre sentimente și emoții, și chiar despre transfer și contratransfer, ei evită, cu asiduitate, exprimarea afectelor. Prin urmare, clinicianul trebuie să se concentreze asupra sentimentelor reale și asupra exprimării lor, limitând discuțiile intelectuale despre afecte.

O altă modificare a metodelor analitice tradiționale presupune concentrarea asupra evenimentelor recente. Deși indivizii obsesiv-compulsivi pot discuta despre furia și comportamentul ostil, asociat cu evenimentele trecute, le este foarte dificil să-și

dezvăluie impulsurile și sentimentele din experiențele recente, din aici-și-acum. Asemenea impulsuri și sentimente fragile sunt privite ca amenințătoare și periculoase, iar Salzman (1980) susține că aceasta este esența apărărilor obsesiv-compulsive. Eșecul de a exprima aceste sentimente, mai degrabă decât comportamentul lor ostil, este cel care a declanșat un comportament de răzbunare din partea celorlalți, care, la rândul său, le atăță furia și reacțiile ostile.

În sfârșit, trebuie modificată și directiva obișnuită a terapiei psihanalitice tradiționale de a renunța la deciziile majore pe parcursul terapiei. Din cauza temerii acestor persoane de a face greșeli, o astfel de directivă poate servi la întărirea tiparului lor patologic. Trebuie susținute mai degrabă asumarea de riscuri și luarea deciziilor. Tehnicile de abordare a indeciziei sunt clarificarea și interpretarea nevoii lor de răspunsuri absolute și de certitudine. Dacă se folosește materialul oniric, accentul trebuie să fie pe aici-și-acum, iar conținutul visului să fie tratat în aceeași manieră ca și alte materiale terapeutice.

Scopul final al tratamentului este ca acești indivizi să atingă un anumit nivel de echilibru și compromis și, în loc să fie nevoiți să fie supraoameni, să poată funcționa ca persoane umane supuse greșelii. Din cauza anxietății lor anticipatorii, problemele privind încheierea terapiei sunt abundente în cazul acestor pacienți. Trebuie să fie limpede înțeles atât de către pacienți, cât și de către clinicieni că episoadele de anxietate vor apărea pe tot parcursul vieții, iar continuarea tratamentului nu reprezintă o garanție împotriva suferinței vieții.

Un scop similar este modificarea Supraeului, atât de mult, încât acești pacienți să poată accepta că dorința lor de a depăși astfel de sentimente precum furia, pofta sexuală și dependența

380 sunt sortite eșecului și trebuie integrate, mai degrabă decât rene-
gate. Gabbard (1994) observă că astfel de schimbări au loc prin
interpretarea detaliată a conflictelor legate de agresivitate, sexu-
alitate și dependență.

Există un consens că tratamentul psihodinamic de lungă
durată este necesar în cazul acestor pacienți. Acest lucru se
datorează emoționalității limitate și vulnerabilității lor în fața
diminuării stimei de sine, sub exteriorul lor rigid. Tratamentul
durează de obicei între doi și trei ani, cu una sau două ședințe pe
săptămână. Concepția predominantă este că psihoterapia dina-
mică, cu sprijinul auxiliar al medicației și al intervențiilor com-
portamentale, este eficientă (Salzman, 1989). Schanche, Stiles,
McCullough, Svartberg și Nielsen (2011) oferă o analiză utilă,
din perspectivă psihodinamică, privind tulburările de persona-
litate de cluster C, inclusiv un comentariu privind tratamentul
tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă.

Terapia suportiv-expresivă limitată în timp

Terapia suportiv-expresivă le-a fost oferită indivizilor care
aveau tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă și celor cu
tulburare de personalitate evitantă. Cei cu tulburare de perso-
nalitate obsesiv-compulsivă și-au pierdut diagnosticul de tul-
burare de personalitate într-o perioadă de timp semnificativ
mai scurtă comparativ cu cei având tulburare de personalitate
evitantă. Deși ambele grupuri au răspuns la această terapie cu
durată limitată, urmărindu-li-se progresul pe direcții, precum
tulburarea de personalitate, depresia, anxietatea, funcționarea
generală și problemele interpersonale, cei cu tulburare de per-
sonalitate obsesiv-compulsivă nu mai îndeplineau criteriile de

pe Axa II, după primele 17 ședințe (Barber, Morse, Krakauer,
Chittams și Crits-Christoph, 1997).

Abordările terapiei cognitiv-comportamentale

Care dintre abordările și țintele de tratament cognitiv-com-
portamentale au cele mai bune rezultate în tratarea tulburării de
personalitate obsesiv-compulsivă? Din păcate, nu au fost publi-
cate până în prezent studii clinice controlate aleatoriu care să-i
ofere clinicianului ghiduri utile și de încredere. Bailey (1998)
descrie și critică cele mai frecvente abordări cognitive: abor-
darea lui Young, centrată pe scheme, și abordarea tradițională
a lui Beck. Kyrios (1999) descrie mai multe obiective de trata-
ment cognitiv-comportamental în tratarea tulburării de perso-
nalitate obsesiv-compulsivă. Acestea includ vizarea cognițiilor
disfuncționale, a repertoriilor comportamentale restricționate,
a dispozițiilor afectelor negative și a problemelor legate de
atașament și identitate. Până la elaborarea unor linii directoare
bazate pe cercetare, o evaluare atentă a atributelor clientului și
ale situației, precum și judecata clinicianului trebuie să continue
să orienteze deciziile de tratament.

Abordarea terapiei cognitive. Beck et al. (2011) oferă o
discuție extinsă a abordării terapiei cognitive cu indivizi cu
tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă. Obiectivul
general în activitatea terapeutică cu acești indivizi este de a-i
ajuta să-și modifice și să-și restructureze schemele dezadapta-
tive care stau la baza comportamentelor și afectelor. Stabilirea
unei relații de lucru bazată pe colaborare este prima sarcină a
terapiei. E ceva ce poate fi destul de dificil pentru acești indi-
vizi, din cauza rigidității lor, a evitării emoțiilor și a tendinței

382 de a minimaliza importanța relațiilor interpersonale. Prin urmare, relația se bazează pe respectul individului față de competența terapeutului și pe convingerea că terapeutul va fi prevenitor și util. Eforturile de a dezvolta o relație mai strânsă din punct de vedere emoțional la începutul tratamentului pot duce la terminarea prematură a terapiei. Cu toate acestea, Strauss et al. (2006) au realizat un studiu non-randomizat al terapiei cognitive pentru tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă și tulburarea de personalitate evitantă și au constatat că alianțele terapeutice timpurii mai puternice au prezis mai multe ameliorări ale simptomelor. Chiar și rupturile relației, ulterior în terapie, pot fi folosite ca experiențe de învățare, dacă sunt gestionate corespunzător. Prin urmare, există deopotrivă riscuri și recompense pentru investițiile timpurii în alianța cu acești clienți. De asemenea, este esențial să i se prezinte individului obsesiv-compulsiv teoria cognitivă a emoțiilor, încă de timpuriu, în cursul terapiei și să se stabilească obiectivele terapeutice. De obicei, acestea implică acuzele actuale. După stabilirea în colaborare a obiectivelor, acestea sunt ordonate în funcție de cum trebuie abordate. O anumită problemă este monitorizată între ședințe, cu ajutorul Fișei de Înregistrare a Gândurilor Disfuncționale, care include situația, precum și sentimentele și gândurile despre momentul în care a apărut problema. Fișa este revizuită la următoarea ședință, fiind baza pentru discutarea gândurilor automate și a asumpțiilor sau schemelor care stau la baza acelor gânduri. În această relație de colaborare, individul poate identifica și înțelege consecințele negative ale schemelor, precum și modalitățile de a le respinge. Acest proces de contestare și restructurare cognitivă este deosebit de util și bine primit de

indivizii obsesiv compulsivi, datorită focalizării structurate și centrate pe problemă, aici-și-acum. 383

Mai multe strategii și tehnici specifice au fost identificate ca fiind deosebit de utile cu acești indivizi, ca adjuvanți ai terapiei cognitive. Stabilirea unei agende, prioritizarea problemelor, folosirea tehnicilor de rezolvare a problemelor și a tehnicilor de stopare a gândurilor sunt strategii eficiente pentru problemele de ruminare, amânare și indecizie. Salzman (1989) afirmă că în tratarea acestei tulburări s-au folosit expunerea prin imersie (flooding), desensibilizarea, prevenirea răspunsului și antrenamentul de saturație. Antrenamentul de relaxare este util în cazul anxietății și al simptomele psihosomatice, în timp ce experimentele comportamentale pot fi folosite în locul contestării directe a credințelor dezadaptative. Din cauza dificultății acestor persoane de a se ocupa de emoțiile lor și ale altora, antrenamentul empatiei și schimbul de rol au fost folosite în mod eficient. În concluzie, tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă este o tulburare provocatoare, dar foarte tratabilă. Prin colaborare, restructurare cognitivă și aplicarea sistematică a strategiilor și tehnicilor cognitive și comportamentale, gândurile și schemele automate ale individului obsesiv-compulsiv care stau la baza comportamentului și afectelor dezadaptative pot fi modificate și schimbate în mod eficient.

Turkat (1990) concluzionează că doar folosirea modificării comportamentale nu este suficientă pentru rezultate eficiente ale tratamentului, în cazul celor mai mulți dintre acești pacienți. Regimul de tratament al lui Turkat implică antrenamentul abilităților sociale pentru a spori plăcerea și experiența emoțională și pentru a diminua angajamentul excesiv față de muncă al acestor persoane. Turkat observă că, deși acești

pacienți ar fi de acord cu formularea clinică și planul de tratament, cei mai mulți nu ar fi de acord să se supună antrenamentului. Turkat și Maisto (1985) descriu o experiență similară, ceea ce-i face să concluzioneze că doar modificarea comportamentului nu a fost eficientă pentru tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă.

Simon (2015) identifică patru obiective principale în tratamentul cognitiv al tulburării de personalitate obsesiv-compulsive: educarea pacientului privind rolul perfecționismului în dezvoltarea și menținerea simptomelor; testarea rigidității regulilor și rutinelor îndelungate, evaluând dacă funcționează sau nu; evaluarea gândurilor automate, a asumpțiilor subiacente și a convingerilor de bază care mențin perfecționismul; și, în sfârșit, corelarea tuturor obiectivelor de mai sus cu relațiile de lucru și cele interpersonale pentru a dezvolta obiective de tratament mai specifice.

Terapia centrată pe scheme. Terapia centrată pe scheme reprezintă o elaborare a terapiei cognitive, dezvoltată de Young (1994, 1999) special pentru tulburările de personalitate și alte probleme dificile, individuale și de cuplu. Terapia centrată pe scheme presupune identificarea schemelor dezadaptative și planificarea unor strategii și intervenții specifice. Cele patru strategii principale sunt: cognitivă, experiențială, comportamentală și relația terapeutică în sine. Restructurarea cognitivă, adică modificarea schemelor dezadaptative, este o strategie cognitivă importantă, fiind însă îmbinată cu exerciții de imaginerie, confruntare empatică, teme pentru acasă și „re-parentaj limitat”, adică o formă de experiență emoțională corectoare (Young, 1999).

Schemele dezadaptative asociate în mod obișnuit cu această tulburare includ: *standarde intransigente* — convingerea că

încercarea de a atinge standarde de performanță nerealist de înalte este esențială pentru a fi acceptat și pentru a evita criticile; *atitudinea punitivă* — credința că ceilalți ar trebui să fie pedepsiți aspru pentru erori; și *inhibiția emoțională* — inhibarea excesivă a acțiunii spontane, a emoțiilor sau comunicării (de obicei, pentru a evita dezaprobarea din partea celorlalți), sentimentele de rușine sau pierderea controlului asupra propriilor impulsuri (Bernstein, 2002).

Abordarea interpersonală

Pentru Benjamin (2003a), intervențiile psihoterapeutice cu indivizi cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă pot fi planificate și evaluate în funcție de capacitatea lor de a spori colaborarea, de a facilita învățarea despre tiparele dezadaptative și originile acestora, de a bloca aceste tipare, de a amplifica voința de schimbare și de a încuraja, în mod eficient, noile tipare.

Din cauza locului central jucat de control în viața lor, indivizii obsesiv-compulsivi consideră colaborarea dificilă. Ei sunt adesea inconsecvenți în atitudinea lor față de controlul terapiei, uneori dorind să preia controlul, iar alteori dorindu-și ca cel care preia controlul să fie clinicianul. Benjamin sugerează crearea unei breșe în potențiala luptă pentru putere prin descrierea tiparelor tipice de control, supunere și autocontrol, precum și a opuselor lor — afirmare, dezvăluire și autoafirmare — și a modului și motivului pentru care s-au dezvoltat tiparele obsesiv-compulsive. Autoarea observă că acești indivizi înțeleg rapid — din punct de vedere intelectual — ideea de deferență prietenoasă ca fiind opusul controlului ostil și vor dezvolta un interes pentru colaborare. După ce acest obiectiv comun al deschiderii și căldurii

386 a fost stabilit, ei pot începe să lucreze pentru a simți emoții și a-și schimba comportamentele relaționale. Nu e de mirare că a învăța să renunți nu este o muncă ușoară.

Pe măsură ce acești indivizi încep să caute legăturile între experiențele timpurii de viață și dificultățile actuale, ei trebuie să fie ajutați să dezvolte compasiune și empatie pentru ei înșiși în rolul de copii. Benjamin constată că, în cazul indivizilor obsesiv-compulsivi, terapia de cuplu este un format deosebit de puternic pentru a învăța despre tiparele dezadaptative și pentru a le schimba. Confruntarea cu luptele pentru control și pentru putere între parteneri este sprijinită de reîncadrări și instrucțiuni paradoxale. O folosire paradoxală a preferinței acestor persoane pentru respectarea regulilor ar presupune „recomandarea” clinicianului ca individul obsesiv-compulsiv să colaboreze cu partenerul său pentru a formula „reguli” necesare rezolvării aspectelor relaționale problematice.

Eforturile terapeutice de a bloca tiparele dezadaptative ar trebui să vizeze luptele pentru putere, evitarea emoțiilor și perfecționismul. În ceea ce privește perfecționismul, subminarea nevoii de a atinge perfecțiunea prin intermediul controlului duce, de obicei, la reducerea furiei. Deoarece individul obsesiv-compulsiv nu mai are nevoie să-i facă pe ceilalți perfecți, nu mai e necesar să fie supărat pe ei; similar se întâmplă cu anxietatea care vine din teama de a nu atinge perfecțiunea. Din moment ce indivizii nu trebuie să fie perfecți pentru a supraviețui, nu mai au nevoie să fie îngrijorați că nu sunt perfecți. Pe măsură ce acești indivizi ajung să înțeleagă originile căutării lor pentru perfecțiune și să-și compare situațiile de viață timpurii cu prezentul, ei sunt mai în măsură să renunțe la eforturile nevrotice din trecut. Dezvoltarea empatiei față de propria persoană în

calitate de copil și pentru părintele din acel moment îndepărtat în timp le poate întări voința de a renunța la tiparele dezadaptative.

Terapia cognitivă este deosebit de utilă în modificarea stilului lor cognitiv limitat și a autocriticii. De asemenea, insight-ul poate crește probabilitatea ca acești indivizi să se împace cu imperfecțiunea și banalitatea. Benjamin concluzionează că, în cazul indivizilor obsesiv-compulsivi, insight-ul și transferul în egală măsură sunt părți importante ale procesului de schimbare. O relație plină de grijă, binevoitoare, cu terapeutul ca îngrijitor de încredere, care răspunde cu acuratețe nevoilor individului, sporește insight-ul. Cu toate acestea, autoarea avertizează că tratarea acestei tulburări, la fel ca în cazul celorlalte tulburări de personalitate, este un proces pe termen lung, fără scurtături facile.

Terapia de grup

Deoarece o deficiență majoră a personalității obsesiv-compulsive este incapacitatea de a împărtăși cu blândețe și spontaneitate cu ceilalți, tratamentul de grup are avantaje deosebite în cazul acestor pacienți. Totuși, există anumite complicații, din cauza tendinței lor de a fi competitivi și a controla situațiile. Yalom (1995) folosește denumirea „monopol” pentru a se referi la tiparul obsesiv-compulsiv în terapia de grup. Aceste persoane pot domina cu ușurință un grup, prin divagațiile și tiparele lor excesive de vorbire. La început, atmosfera emoțională din grupul de psihoterapie li se poate părea deosebit de copleșitoare, ducând la izolare suplimentară sau intelectualizare detașată. E posibil ca liderul de grup să fie nevoit să intervină pentru a evita luptele

388 inutile pentru putere. Dacă acest lucru este obținut, pacienții pot reuși să modeleze indirect expresivitatea emoțională a celorlalți membri ai grupului.

De fapt, terapia de grup oferă o serie de avantaje față de terapia individuală, deoarece modelul de personalitate obsesiv-compulsivă tinde să facă procesul de terapie în diadă plictisitor, dificil și lipsit de satisfacții, în special în inevitabila perioadă a tratamentului „constipat”, atunci când clinicienii greșesc frecvent cu interpretări premature sau prescripții comportamentale (Salzman, 1980; Wells, Glickauf-Hughes și Buzzell, 1990).

Formatul de grup poate dispersa intensitatea impactului pacientului, în special într-un grup eterogen (Frances et al., 1984). În plus, tratamentul de grup poate reduce capcanele transferului și ale contratransferului, deoarece e mai probabil ca acești pacienți să accepte feedback de la colegii lor, fără aceeași luptă pentru putere care însoțește adeseori feedbackul clinicianului (Gabbard, 1994). Mai mult, terapia de grup îi stimulează pe pacienți să aibă probleme, mai degrabă decât doar să vorbească despre ele (Alonso și Rutan, 1984). Rutan et al. (2014) reiau și ei această noțiune dintr-o perspectivă psihodinamică. Analiza lor sugerează că terapia de grup este deosebit de utilă pentru cei cu un Supraeu strict sau în alt mod problematic. Acești indivizi îi pot folosi pe membrii grupului pentru a echilibra intensitatea transferului din terapia individuală, ceea ce le permite să lucreze pe probleme, fără acest tip de perturbare.

Wells et al. (1990) menționează următoarele contraindicații pentru terapia de grup a acestor pacienți. Acestea sunt depresia severă sau potențialul suicidal puternic, discontrolul impulsiv, înclinațiile paranoide puternice, criza acută, dificultățile în stabilirea încrederii, teama de a renunța la apărările

obsesiv-compulsive, nevoia de a stabili superioritatea și utilizarea „pseudo-insight-ului” pentru a evita confruntarea atât cu trăirile ostile, cât și cu cele de tandrețe.

Autorii au descris o abordare unică a grupului, care îmbină principiile interpersonale și psihodinamice, pe baza premisei că această tulburare de personalitate derivă din rezolvarea nereușită a sarcinilor de dezvoltare ce țin de autonomie vs. rușine și îndoială. Procesul de tratament presupune șase obiective: (1) modificarea stilului cognitiv; (2) consolidarea procesului de luare a deciziilor și de acțiune; (3) modificarea Supraeului aspru; (4) creșterea confortului față de exprimarea emoțională; (5) rezolvarea problemelor de control; și (6) modificarea stilului interpersonal.

Terapia de cuplu și de familie

Literatura de specialitate în acest domeniu este deosebit de limitată; totuși, o parte din dinamica și tratamentul discutat în ceea ce privește terapia de grup este relevantă în contextul tratamentului de familie.

Harbir (1981) observă că indivizii cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă intră de obicei în tratamentul de familie, deoarece membrii apropiați ai familiei sunt furioși din cauza rigidității lor, a amânării, a afectelor limitate, din cauza perfecționismului și a înfățișării sobre sau lipsite de bucurie. Partenerul unui individ obsesiv-compulsiv poate amenința cu divorțul dacă persoana nu se schimbă. Adeseori, o astfel de amenințare de separare sau de divorț este unica motivație pentru tratament. Anxietatea partenerului care se plânge poate fi singura pârghie pentru tratament, iar clinicianul poate fi nevoit

390 să colaboreze cu acel partener pentru a gestiona mai eficient tiparul de personalitate obsesiv-compulsivă al pacientului. Harbir adaugă că nu este neobișnuit ca un individ obsesiv-compulsiv să se căsătorească cu un individ cu o personalitate histrionică.

Salzman (1989) avertizează că e posibil ca pacienții obsesiv-compulsivi care sunt deosebit de anxioși să nu poată participa la terapia familială până ce anxietatea lor nu a fost suficient ameliorată în psihoterapia individuală sau în tratamentul psihoterapeutic și psihofarmacologic combinat. Chiar și atunci când anxietatea excesivă nu este o preocupare deosebită, acești pacienți sunt adeseori tirani în ședințele de familie. Ei îi pot imobiliza pe alți membri ai familiei într-o asemenea măsură, încât tratamentul este periclitat. Folosirea intervențiilor structurale și strategice țintite spre redistribuirea puterii poate fi deosebit de avantajoasă în astfel de situații (Minuchin, 1974).

În ceea ce privește rezultatele tratamentului, nu au fost publicate studii de cercetare controlate. Cu toate acestea, Minuchin (1974) și Haley și Hoffman (1976) au raportat rezultate favorabile în intervenții de terapie de familie cu personalități obsesiv-compulsive, în special în cazul celor cu tulburări alimentare durabile. Harbir (1981) și Perry, Francis și Clarkin (1990) descriu un exemplu cazuistic de terapie de cuplu, în care un partener prezintă o personalitate obsesiv-compulsivă, iar celălalt o personalitate histrionică. Cazul este destul de instructiv în ceea ce privește strategia și tehnica tratamentului.

Pentru cuplurile în care un partener prezintă tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă, iar celălalt tulburare de personalitate histrionică este descrisă o abordare integrativă ce presupune intervenții dinamice, cognitiv-comportamentale și

391 sistemice. Sunt discutate și exemplificate trei etape ale procesului de tratament: stabilirea unei alianțe terapeutice, restabilirea echilibrului relației de cuplu și modificarea dinamicii individuale a partenerului. Primele două etape presupun ședințe de cuplu comune, în timp ce o mare parte din cea de-a treia fază presupune ședințe individuale (Sperry și Maniaci, 1996). Această configurație specifică a relațiilor este abordată și de Landucci și Foley (2014), care afirmă că spontaneitatea și însuflețirea partenerului histrionic îi oferă individului obsesiv-compulsiv o binevenită pauză de la rutinele sale cotidiene.

Pentru comentarii suplimentare referitoare la terapia de familie cu indivizii care prezintă tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă, consultați Benjamin (2003b). Autoarea observă că multe tulburări sunt rezultatul dorinței pacienților de a obține aprobarea unui părinte critic. Totuși, acest vis de reconciliere este arareori realizat ca obiectiv clinic. Există o mare probabilitate ca propriile internalizări ale pacientului sau chiar membrii familiei să submineze procesul. Benjamin sugerează mai degrabă că terapia de familie poate realiza schimbări numai atunci când pacientul obsesiv-compulsiv renunță la această fantezie.

Medicația

În prezent, nu există medicamente psihotrope specifice indicate pentru tratarea acestei tulburări de personalitate (Silk și Feurino, 2012). Cu toate acestea, se utilizează medicamente care vizează simptome perturbatoare specifice asociate cu tulburarea, cum ar fi depresia, anxietatea sau problemele de somn. În general, aceste medicamente sunt folosite ca adjuvant al psihoterapiei și antrenamentului abilităților. Deoarece simptomele perturbatoare

răspund adeseori la medicație mai rapid decât în cazul celor mai multe intervenții psihologice, medicamentele sunt, de obicei, prescrise la începutul tratamentului (Sperry, 1995b). De asemenea, deoarece antidepresivele au fost eficiente în tratamentul tulburării obsesiv-compulsive, era de așteptat că aceste medicamente ar putea să reducă și simptomele acestei tulburări de personalitate. Totuși, nu există dovezi care să susțină această așteptare. În plus, în cazul acestei tulburări există puține dovezi venite din partea cercetărilor, chiar și pentru a oferi un ghidaj pentru utilizarea oricăror medicamente (Silk și Feurino, 2012).

Abordarea combinată/integrativă a tratamentului

Salzman (1989) argumentează cu eleganță cauza abordării combinate/integrative a tratamentului pentru tulburarea obsesiv-compulsivă, în special în cazurile mai severe. Autorul susține că diversele modalități și abordări ale tratamentului sunt complementare, mai degrabă decât să se excludă reciproc.

Combinarea tratamentelor ar trebui să urmeze un protocol. Deoarece nivelurile ridicate de anxietate sau depresie pot limita participarea la psihoterapie, o încercare adecvată a medicației poate fi utilă la începutul tratamentului. Dacă ritualurile sau obsesiile sunt proeminente, sunt indicate intervenții comportamentale specifice — cum ar fi prevenirea răspunsului, expunerea, habituarea și stoparea gândurilor (Salkovskis și Kirk, 1989). Dinamicile de bază ale perfecționismului, indecizia și izolarea afectului sunt cel mai bine atinse de abordările psihoterapeutice. Decizia alegerii unei modalități individuale, de grup sau de cuplu sau a unei combinații de modalități se bazează cel mai bine pe criterii care țin de severitatea tulburării, de obiectivul

specific de tratament și de contraindicațiile specifice. De exemplu, în cazul în care izolarea afectului și perfecționismul se manifestă în primul rând ca model de discurs care divaghează, abordarea integrativă a terapiei de grup, așa cum este descrisă de Wells et al. (1990), poate delimita foarte mult rezistența și contratransferul ulterior atât de obișnuit în formatele dinamice de tratament. Acolo unde indecizia este o problemă evidentă, modelarea și alte metode comportamentale, precum și jocul de rol ar putea fi incluse în formatele de tratament individual. În general, cu cât tulburarea este mai severă, cu atât mai mult tratamentul trebuie ajustat și să fie formulat multimodal.

Salzman (1989) concluzionează că adevărata înțelegere și evaluare a personalității obsesiv-compulsive „necesită o integrare a terapiilor psihodinamice, farmacologice și comportamentale, deoarece rezolvarea acestei tulburări dizabilitante necesită claritate cognitivă și modificări comportamentale și fiziologice. Fiecare modalitate în parte se ocupă numai de o piesă a puzzle-ului. Un terapeut care poate combina toate aceste abordări va fi cel mai eficient” (Salzman, 1989, p. 2782).

Terapia centrată pe dezvoltare. Abordările terapiei centrată pe dezvoltare se axează pe încurajarea funcționării optime. Pentru persoanele cu stil de personalitate obsesiv-compulsiv care caută să se dezvolte dincolo de nivelul adecvat de funcționare, adică obiectivul final al terapiei actuale, terapia centrată pe dezvoltare utilizează o diversitate de intervenții pentru a facilita acest proces și obiectiv. Au fost propuse diverse abordări centrate pe dezvoltare (Blocher, 2000; Cortright, 1997; Sperry, 2002). Sperry (2002) descrie și exemplifică un protocol pentru efectuarea acestui tip de terapie cu persoanele cu personalitate obsesiv-compulsivă.

Manduchi și Schoendorff (2012) prezintă studiul de caz al unei mame a trei copii, în vârstă de 36 de ani, care beneficiază de psihoterapie analitică funcțională (FAP) pentru un diagnostic de tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă cu trăsături borderline. Acest tip de tratament implică folosirea experiențelor intime, de la acel moment, ale terapeutului în ceea ce-l privește pe client, pentru a susține schimbările la nivelul comportamentului. Este o abordare integrativă care poate include explorarea relațiilor semnificative din trecut, precum și exersarea noilor abilități interpersonale în ședință. Acest lucru se realizează prin analiza a trei tipuri de comportamente clinic relevante (CCR). CCR1 sunt comportamentele care sunt direct observabile în ședință și se referă la relatările clienților privind problemele din afara ședinței; CCR2 sunt comportamentele din ședință care reprezintă îmbunătățiri față de CCR1; în sfârșit, CCR3 sunt explicațiile funcționale ale clientului pentru comportamentul său, inclusiv antecedentele și consecințele.

Tulburarea de personalitate paranoidă

Indivizii cu personalități paranoide sunt distanți, reci din punct de vedere emoțional, manifestă suspiciune nejustificată, hipersensibilitate, gelozie și teamă de intimitate. În plus, ei pot fi grandomani, rigizi, arțăgoși și certăreți. Din cauza hipersensibilității lor față de critici și a tendinței de a proiecta vina pe ceilalți, ei tind să ducă vieți izolate și sunt adeseori antipatizați (Hopwood și Thomas, 2012). Tulburarea de personalitate paranoidă poate fi considerată o tulburare de spectru paranoid, variind de la această tulburare de personalitate până la tulburarea delirantă și schizofrenia paranoidă. Trăsătura distinctivă a acestei tulburări de personalitate față de celelalte din spectru este lipsa ideilor delirante clare, a halucinațiilor sau a altor trăsături psihotice.

Capitolul de față descrie un cadru pentru evaluarea și tratamentul eficient al acestei tulburări. Sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz și intervențiile terapeutice. Se începe cu informații de fond despre tulburare, precum și cu o descriere DSM-5 și o descriere prototip a tulburării. Secțiunea privind conceptualizarea de caz

396 oferă cinci formulări clinice generale ale acestei tulburări: psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală, interpersonală și o conceptualizare integrativă a tulburării. De asemenea, sunt descrise mai multe metode de tratament, modalități și strategii de intervenție. Printre acestea se numără psihoterapia individuală, terapia de grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat.

Descrierea tulburării de personalitate paranoidă

Tulburarea de personalitate paranoidă poate fi recunoscută cu ajutorul următorilor descriptori sau caracteristici: stil vs. tulburare, eveniment declanșator, stil comportamental, stil interpersonal, stil cognitiv, stil afectiv, stil de atașament și criteriu optim de diagnostic.

Stil vs. Tulburare. Personalitatea paranoidă poate fi concepută ca acoperind un continuum de la sănătos la patologic, în care stilul de personalitate paranoid se află la extrema sănătății, iar tulburarea de personalitate paranoidă se află la extrema patologiei.

Tabelul 10.1 compară și diferențiază stilul de personalitate paranoid de tulburarea de personalitate paranoidă.

TABELUL 10.1 Comparație între stilul de personalitate și tulburarea de personalitate paranoidă

Stilul de personalitate	Tulburarea de personalitate
Siguri pe sine și încrezători în capacitatea lor de a lua decizii și de a avea grijă de propria persoană.	Refuză să aibă încredere în ceilalți din cauza temerilor nejustificate că informațiile vor fi folosite împotriva lor.

Buni ascultători și observatori, extrem de conștienți de subtilități, ton și multiple niveluri de semnificație.

Iau criticile mai degrabă în serios, fără a fi intimidată de ele.

Plasează un accent puternic pe loialitate, fidelitate, muncesc din greu pentru a câștiga și păstra loialitatea și niciodată nu o consideră de la sine înțeleasă.

Sunt atenți atunci când au de-a face cu alți oameni, preferând să evalueze indivizii înainte de a intra în relație cu aceștia.

Sunt asertivi și se pot apăra fără a pierde controlul și a deveni agresivi.

Citesc înțelesuri ascunse sau amenințări în remarci sau evenimente inofensive, cum ar fi să suspecteze că un vecin a scos gunoierul mai devreme pentru a-i enerva.

Poartă ranchiună sau sunt neiertători în fața insultelor sau a ofenselor.

Pun la îndoială, în mod nejustificat, fidelitatea soțului/soției sau a partenerului sexual, a prietenilor și asociațiilor.

Se așteaptă, fără argumente suficiente, să fie exploatați sau răniți de ceilalți.

Ușor de ofensat și rapizi în reacția de furie sau contraatac.

Următoarele două cazuri ilustrează mai bine diferențele dintre tulburarea de personalitate paranoidă — dl W. — și stilul de personalitate paranoid — dna L.

STUDIUL DE CAZ: TULBURAREA DE PERSONALITATE PARANOIDĂ

DL W. este un bărbat în vârstă de 53 de ani trimis pentru evaluare psihiatrică de către avocatul său, pentru a exclude o tulburare psihiatrică tratabilă. În ultimii doi ani și jumătate, dl W. a inițiat

cinci procese. Avocatul său considera că fiecare proces avea un temei îndoielnic. Dl W. a fost descris ca fiind un bărbat lipsit de emoții, foarte controlat, care acum dădea în judecată un magazin local de îmbrăcăminte pentru bărbați „pentru conspirația de a mă priva de drepturile pe care le am în calitate de consumator”. El susține că managerul magazinului a emis constant în privința lui rapoarte de credit negative. Psihiatrul consultat a obținut alte exemple de preocupări similare. Dl W. nu avea încredere în vecinii săi de peste drum și le monitoriza regulat activitatea, de când unul dintre tomberoanele sale de gunoi dispăruse, în urmă cu doi ani. În urmă cu un an, se pensionase anticipat din postul de contabil, pentru că nu se mai înțelegea cu supervisorul său, despre care credea că îl înșeală în legătură cu conturile și documentele sale. Dl W. susține că nu a făcut nicio eroare. La examinare, starea mentală a domnului W. nu a fost cu nimic ieșită din comun, cu excepția afectului limitat și a unei anumite ezitări și precauții în răspunsurile la întrebări.

STUDIU DE CAZ: STILUL DE PERSONALITATE PARANOIDĂ

Dna L., 46 de ani, este avocat fiscal și lucrează pentru o corporație importantă. Deși, inițial, se împotriviise ideii de a-și părăsi practica privată de avocatură, corporația o curtasă timp de câțiva ani. Aveau cu adevărat nevoie de o femeie calificată și de succes pentru a le completa echipa juridică. I-au făcut o ofertă de nerefuzat și, după ce s-a asigurat că-și putea păstra suficientă independență la locul de muncă, a acceptat-o. Deși raportul ei de subordonare față de consilierul șef și cei doi vicepreședinți ai

corporației nu era strict, încă de la început dna L. a menținut relații cordiale cu aceștia, însă, întrucâtva, distante. Participa numai la acele ședințe și întâlniri sociale care erau absolut necesare. Păstra conversațiile banale la un nivel minim și se concentra pe munca ei, cu o forță neclintită, pe care ceilalți au ajuns să o respecte, deși nu prea au putut să-i înțeleagă stilul de relaționare. Când ceilalți au început să-i pună la îndoială atitudinea înțepată, ea a răspuns că a fost angajată „pentru a fi un avocat competent, nu un fluturaș social”. În sala de judecată, oferea o imagine extraordinară: sigură, calmă și stăpână pe sine. Era în totalitate responsabilă de examinarea și contra-examinarea martorilor, precum și de pledoariile de deschidere și de închidere. Niciun detaliu nu era trecut cu vederea și niciun indiciu verbal sau nonverbal ratat. Din instinct „sărea la jugulară”, cum ar fi spus colegii săi, și rar rata un verdict. Nu s-a pus niciodată vreo problemă privind valoarea și loialitatea ei față de corporație și, în timp, colegii și superiorii ei au ajuns să-i accepte stilul unic.

Evenimentul declanșator. Situația tipică, circumstanța sau evenimentul care, cel mai probabil, declanșează sau activează răspunsul caracteristic dezadaptativ al tulburării de personalitate paranoidă (Othmer și Othmer, 2002), după cum se observă în stilurile comportamental, interpersonal, cognitiv și afectiv, ține de: „relații interpersonale apropiate și/ sau rezerve personale.”

Stil comportamental. Din punct de vedere comportamental, indivizii paranoizi sunt rezistenți în fața influențelor externe. Ei tind să fie tensionați cronic, deoarece se mobilizează, în mod constant, împotriva amenințărilor percepute din mediul lor. În

plus, comportamentul lor este marcat de precauție, atitudine defensivă, conflictualitate și atitudine beligerantă.

Stil interpersonal. Din punct de vedere interpersonal, acești indivizi tind să fie neîncredători, rezervați și cu tendințe spre izolare. Sunt profund suspicioși față de motivele celorlalți. De asemenea, prin natura lor, evită intimitatea și repudiază propunerile pline de grijă ale celorlalți.

Stil cognitiv. Stilul cognitiv este caracterizat prin preconcepții neîncredătoare. Ei examinează cu atenție fiecare situație și scanează mediul căutând „indicii” sau „dovezi” care să le confirme preconcepțiile, mai degrabă decât să se concentreze obiectiv asupra datelor. Așadar, în timp ce percepția lor poate fi corectă, judecata lor, de cele mai multe ori, nu este. Ideile preconceptuate ale personalităților paranoide modelează datele percepute pentru a se potrivi acestor preconcepții. Astfel, ei tind să nu ia în considerare dovezile care nu se potrivesc cu ideile lor preconceptuate. Atunci când sunt stresați, gândirea lor poate lua o nuanță conspiratoare sau chiar delirantă. Hipervigilența și nevoia lor de a căuta dovezi care să le confirme credințele îi determină să aibă o viziune mai degrabă autoritară și neîncredătoare asupra vieții.

Stil afectiv. Stilul lor emoțional sau afectiv este caracterizat ca fiind rece, distant, lipsit de emoție și lipsit de umor. În plus, acestor indivizi le lipsește sentimentul profund de afecțiune, căldură și sentimentalism. Din cauza hipersensibilității lor față de ofensele reale sau imaginate și a mâniei lor ulterioare față de ceea ce ei consideră a fi decepții și trădări, acești indivizi tind să aibă puțini prieteni sau chiar deloc. Cele două emoții pe care le trăiesc și le exprimă cu o oarecare profunzime sunt furia și geloziiile intense.

Stil de atașament. Persoanele cu un stil de atașament temător manifestă un sentiment de lipsă de valoare personală, combinată cu așteptarea ca ceilalți oameni să îi respingă și să nu fie demni de încredere. Nu au încredere în propriile lor cogniții interne sau sentimente, nici în intențiile celorlalți. Deși se consideră speciali și diferiți de ceilalți, ei se protejează împotriva amenințărilor și a circumstanțelor neașteptate, deoarece nu pot avea încredere că alții îi vor proteja. Acest stil de atașament temător este obișnuit la persoanele cu tulburare de personalitate paranoidă.

Criteriul optim de diagnostic. Dintre toate criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate paranoidă, unul a fost identificat ca fiind cel mai util în diagnosticarea acestei tulburări. Convingerea este că, începând cu acest criteriu, clinicianul poate testa prezența sau absența criteriului și poate diagnostica mai repede tulburarea de personalitate (Allnutt și Links, 1996). Criteriul optim pentru această tulburare este: suspectează, în mod nejustificat, că ceilalți îl exploatează, îl rănesc sau îl înșală.

Descrierea DSM-5

Persoanele cu această tulburare de personalitate se caracterizează printr-un tipar pervaziv și stabil de neîncredere și suspiciune, motivele celorlalți fiind interpretate ca răuvoitoare. Fără a avea vreo dovadă întemeiată, ei bănuiesc că ceilalți îi exploatează, le fac rău sau îi înșală. Sunt obsedați de îndoieli nejustificate cu privire la loialitatea prietenilor și a colaboratorilor. Din cauza temerilor nefondate, manifestă reticență când vine vorba să se confeseze celorlalți. Există posibilitatea să interpreteze remarci și situații altfel inofensive ca fiind amenințătoare și periculoase.

Nu este surprinzător că sunt neiertători față de ofense, insulte și injurii. Acești indivizi reacționează rapid cu furie sau contraatacă atunci când consideră că reputația sau caracterul lor au fost atacate. Este posibil să suspecteze constant, fără justificare, că soțul/ soția sau partenerul sexual sunt infideli (American Psychiatric Association, 2016).

Descrierea prototip

Un prototip este o scurtă descriere care surprinde esența modului în care o anumită tulburare se prezintă în mod obișnuit. Descrierile prototip sunt utile și convenabile, iar clinicienii se bazează în mod obișnuit pe ele, mai degrabă decât pe liste de criterii comportamentale sau convingeri fundamentale (Westen, 2012). Iată o descriere prototip obișnuită a tulburării de personalitate paranoidă: acești indivizi au crescut, crezând că lumea este periculoasă și că nu trebuie să aibă niciodată încredere în ceilalți — în special în cei care sunt cei mai apropiați de ei. Verifică, în mod constant, pentru a se asigura că nimeni nu profită, nu râde de ei sau nu complotează împotriva lor. Convinși că totul va fi folosit împotriva lor, nu-și împărtășesc gândurile sau sentimentele. Păstrează ranchiună, nu uită niciodată o ofensă și nici nu ratează vreo șansă de a se răzbuna.

Prevalența

Prevalența acestei tulburări a fost estimată între 2,3 și 4,4% în populația generală (American Psychiatric Association, 2016). În contexte clinice, estimările sunt că se găsește la 4,2 până la 27,6% dintre pacienți (Torgersen, 2012).

Conceptualizări de caz psihodinamice

Formulările psihanalitice privind personalitatea paranoidă se concentrează asupra fenomenului proiecției. În esență, indivizii paranoizi percep în mod incorect la ceilalți ceea ce este adevărat despre ei și, prin proiectarea sentimentelor și impulsurilor inacceptabile asupra acestora, trăiesc o reducere a anxietății și a suferinței psihice (Shapiro, 1965).

Reprezentarea de sine a personalității paranoide presupune coexistența unui sine grandios, special, îndreptățit, alături de un sine polar opus, slab, lipsit de valoare și inferior (Gabbard, 1990). Din punctul de vedere al dezvoltării, e posibil ca persoanele cu tulburare de personalitate paranoidă să fi crescut într-o atmosferă încărcată de critici, vinovăție și ostilitate și să se fi identificat cu un părinte critic. Identificarea cu astfel de părinți critici reprimă sentimentele de inadecvare ale acestor indivizi și asigură importanța continuă a modului critic în dezvoltarea și funcționarea personalității. Prin identificările lor, indivizii paranoizi învață hipervigilența, suspiciozitatea și învinovățirea. Hipervigilența și suspiciozitatea blochează autocritica, în timp ce învinuirea — considerată a fi o identificare cu agresorul — are rolul de a șterge posibila experiență de umilire (Kellerman și Burry, 1989).

Indivizii paranoizi se concentrează pe observarea imperfecțiunii lumii din jurul lor. Această externalizare le permite negarea oricărei imperfecțiuni personale. În esență, indivizii paranoizi se simt inferiori, slabi și ineficienți; astfel, grandoarea și caracterul lor special pot fi înțelese ca o apărare compensatorie împotriva trăirilor de inferioritate (Gabbard, 1990).

Mecanismele defensive fundamentale ale tulburării sunt, așadar, proiecția și identificarea proiectivă. Pe lângă externalizarea amenințărilor prin proiecție, identificarea proiectivă servește în plus la a-i controla pe ceilalți din mediul înconjurător, legându-i de indivizii paranoizi în moduri patologice. Nevoia de a-i controla pe ceilalți reflectă stima de sine scăzută care se află în centrul tulburării de personalitate paranoidă. Practic, aceasta îi sensibilizează pe acești indivizi la preocupările legate de abandonul pasiv în fața tuturor impulsurilor și tuturor persoanelor (Shapiro, 1965). În sfârșit, raționalizarea, formațiunea reacțională și deplasarea sunt mecanisme defensive secundare.

Pe scurt, nevoia de a critica lumea și obiectele externe le permite indivizilor paranoizi să-și asigure o existență lipsită de anxietate în fața imperfecțiunilor personale și a unui sentiment profund de inadecvare. Trăirile adânci de inferioritate sunt proiectate asupra lumii „inferioare”, la care se raportează apoi într-o manieră constant critică. Sinele poate fi considerat atunci ca fiind „bun”, iar „răul” clivat și proiectat în exterior.

Conceptualizări de caz cognitiv-comportamentale

Potrivit lui Beck (2015), în cele mai multe situații, indivizii cu personalitate paranoidă nu au încredere în ceilalți. Pot fi identificați prin credințele lor caracteristice de bază, condiționale și instrumentale. *Credințele lor fundamentale* includ: „Ceilalți oameni nu sunt de încredere”, „Ceilalți au motive ascunse (sau intenții rele) față de mine” și „Ceilalți sunt înșelători și își doresc să mă rănească sau să mă submineze”. *Credința lor condițională* este că, dacă nu sunt atenți, ceilalți vor abuza, manipula sau profita de ei, iar dacă ceilalți se poartă prietenos este numai pentru

că au un motiv ascuns. *Credința lor instrumentală* este să fie precauți, să caute un sens ascuns, să nu aibă încredere în nimeni și să nu se lase duși de nas. La baza acestor diverse credințe se află credințele lor despre sine și despre lume.

De obicei, acești indivizi se văd pe ei înșiși ca fiind virtuoși și nedreptățiți de către ceilalți. Tind să-i perceapă pe ceilalți ca fiind prefăcuți, trădători, manipulativi și cu atitudine discriminatorie. Pot crede că ceilalți pun la cale coaliții secrete împotriva lor. Pe baza credinței că ceilalți sunt împotriva lor, acești indivizi sunt hotărâți să fie hipervigilenți și în gardă. Strategia lor este să fie precauți, vigilenți și să contraatace. Când își confruntă „adversarii”, ei provoacă adesea ostilitatea despre care credeau că există deja (Renton și Mankiewicz, 2015).

Dintr-o perspectivă mai comportamentală, Turkat (1990) susține că nu există o formulă unică pentru această tulburare. Cu toate acestea, hipersensibilitatea în fața criticilor este caracteristică. Astfel de indivizi beneficiază de un antrenament timpuriu pentru a fi înspăimântați de ceea ce alții cred despre ei. De asemenea, ei învață că sunt diferiți de ceilalți și că nu trebuie să facă greșeli. Drept urmare a acestor două convingeri, indivizii paranoizi devin extrem de preocupați de evaluările altora, constrânși să se conformeze așteptărilor parentale și hipersensibili la evaluarea celorlalți. Desigur, acest lucru interferează, adeseori cu acceptarea de către membrii grupului de egali. În cele din urmă, ei sunt umiliți și ostracizați de către covârșnici, parțial pentru că nu au competențele interpersonale necesare pentru a depăși această ostracizare. În consecință, se angajează excesiv în ruminații privind izolarea lor și tratamentul nedrept din partea altora. Plecând de aici, ajung la concluzia că motivul pentru această respingere și persecuție se datorează faptului

406 că ei sunt deosebiți, iar ceilalți sunt geloși pe ei. În consecință, acționează în așa fel, încât să evite evaluările negative din partea celorlalți, dar aceste încercări îi determină să acționeze diferit, ceea ce invită la critici sociale. În izolarea lor, meditează la situația lor dificilă, ceea ce generează gânduri de persecuție și grandoare, lucru care le menține în continuare izolarea socială. În consecință, acești indivizi sunt prinși într-un cerc vicios care perpetuează tulburarea (Turkat, 1990).

Conceptualizările de caz interpersonale

Conform lui Benjamin (2003a), e posibil ca persoanele diagnosticate cu tulburare de personalitate paranoidă să fi avut experiența unui parentaj sadic, degradant și axat pe control. De obicei ei înșiși copii abuzați, părinții indivizilor cu tulburare de personalitate paranoidă considerau că, practic, copiii sunt fie malefici, fie răi, au nevoie de restricționare și merită pedepsiți. Loialitatea față de familie a fost o valoare de bază, iar împărtășirea secretelor de familie cu ceilalți nu era tolerată. Consecința la maturitate a unei astfel de educații dure este că indivizii cu tulburare paranoidă se așteaptă la atacuri și abuz chiar și din partea celor apropiați de ei. În copilărie au fost aspru pedepsiți pentru dependență și chiar atacați când erau bolnavi, răniți sau plângeau. Drept urmare, au învățat să nu plângă, să nu ceară ajutor chiar dacă sunt răniți sau bolnavi și să nu aibă încredere în nimeni. Ulterior, ca adulți, tind să evite intimitatea, cu excepția cazului în care își pot controla partenerul. Adesea, acești indivizi au fost supuși în cadrul familiei unor comparații malițioase, manifeste și ascunse deopotrivă, iar mai târziu s-a întâmplat la fel printre colegi. Ei au învățat că greșelile și rănilile

407 erau arareori uitate, iar ranchiuna era de lungă durată. Nu e de mirare că indivizii paranoizi sunt extrem de sensibili și furioși în legătură cu excluderea, ofensele și chiar șușotelile. Ei tind să fie conștienți de orice inegalitate privind pedepsele sau privilegiile și există probabilitatea să poarte ranchiună perioade îndelungate. În plus, în copilărie au fost răsplătiți pentru abilitatea de a-și ajuta familia, fără „a le sta însă în drum”. Deși li se acorda permisiunea și sprijinul pentru a se descurca bine, erau înjosiți și umiliți când se aventurau în afara unei zone desemnate. Ei au ajuns să creadă că a fi o persoană bună și plăcută era în afara putinței lor. Ulterior, ca adulți, pot funcționa competent și independent, dar sunt retrași din punct de vedere interpersonal. Așteptarea că nu le va fi recunoscută importanța le trezește frică, resentimente și alienare. În sfârșit, se tem constant că ceilalți îi vor ataca, îi vor învinovăți sau îi vor răni, continuând, totodată, să-și dorească să fie confirmați și înțeleși de ceilalți. Deoarece nu se așteaptă să fie confirmați, se retrag furioși și se controlează cu strictețe, iar dacă percep un atac, îl vor contracara din reflex.

Conceptualizări de caz biosociale

Distanțându-se semnificativ de alte formulări ale acestei tulburări, Millon (Millon și Davis, 1996) și Millon și Everly (1985) concep tulburarea de personalitate paranoidă ca formă severă de patologie caracterială. Mai precis, Millon și Everly descriu tulburarea ca pe o continuare de tip sindrom a altor trei tulburări de personalitate mai puțin severe: narcisică, antisocială sau compulsivă. Conform cercetărilor clinice, indivizii cu personalități paranoide se dezvoltă într-unul din aceste trei tipare sindromale bazate pe istoricul lor biogen și contextual unic.

408 Varianta narcisică a tulburării paranoide este în mare măsură influențată de supraevaluarea și indulgența parentală. Drept urmare, aceste persoane nu reușesc să învețe în mod corespunzător responsabilitatea interpersonală, cooperarea și abilitățile interpersonale. Ele sunt adesea percepute de ceilalți ca fiind centrate pe sine și egoiste. În plus, lipsa controlului parental poate da naștere unor fantasmе grandioase de succes, putere, frumusețe sau genialitate. Drept urmare, acești indivizi tind să fie respinși și umiliți de către colegii lor. Ripostele interpersonale sunt urmate de fantasmе și izolare crescute, de unde emerge o înclinație spre paranoia.

Varianta antisocială a personalității paranoide prezintă niveluri ridicate de activare și temperamente impulsive și foarte energice. Principalul determinant de mediu pare să fie tratamentul parental aspru. Ulterior, ei dezvoltă o neîncredere profundă și perseverență față de ceilalți și manifestă o puternică independență și aroganță. Din cauza tendinței lor de a respinge atât controlul parental, cât și pe cel social, ei dezvoltă, în plus, un stil de viață agresiv, impulsiv, hedonist. Anticipând atacurile celorlalți, indivizii paranoid-antisociali reacționează irațional și răzbuător. Deoarece nu sunt capabili să facă față în mod direct amenințărilor percepute, ei izbucnesc, adeseori, în ostilitate manifestă.

Persoanele cu un tipar paranoid-compulsiv au istorii de dezvoltare destul de similare cu cele ale indivizilor cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă. Totuși, aceste persoane prezintă un comportament mult mai irațional, rigid și inflexibil (Millon și Everly, 1985). Aceste trei versiuni ale tulburării paranoide par a fi perpetuate prin propria lor rigiditate și atitudine suspicioasă. Prin atribuirea unor motive calomniatoare

și răuvoitoare celorlalți, indivizii paranoizi rămân într-o poziție defensivă și răzbuătoare în cea mai mare parte a timpului. În plus, păstrarea distanței față de ceilalți sprijină păstrarea iluziei lor de superioritate, ceea ce permite un tipar de profeție autoîmplinită: pe măsură ce se așteaptă ca ceilalți să fie ostili și răuvoitori, ceilalți devin adeseori așa.

Conceptualizări de caz integrative

Următoarea formulare integrativă oferă o explicație biopsihosocială pentru modul în care e probabil să se fi dezvoltat această personalitate și cum este ea menținută. Din punct de vedere biologic, un prag scăzut pentru stimularea sistemului limbic și deficiențe ale centrilor inhibitori par să influențeze comportamentul personalității paranoide. Temperamentul subiacent poate fi cel mai bine înțeles în termenii subtipurilor tulburării paranoide. Fiecare dintre cele trei subtipuri este descris succint, în funcție de temperamentul de bază și factorii corelativi parentali și de mediu. În cazul tipului narcisic, un temperament hiperreactiv și precocitatea lor, supraevaluarea parentală și indulgența, precum și sentimentul de grandoare și importanță de sine al individului, probabil, determină toate deficite ale interesului social și abilități interpersonale reduse. Tipul antisocial al personalității paranoide este probabil să aibă un temperament hiperreactiv. Acest temperament, plus un tratament parental aspru, contribuie, probabil, la stilul impulsiv, hedonist și agresiv al acestui subtip. La tipul compulsiv, e posibil ca temperamentul de la bază să fi fost anhedonic. Acest lucru, precum și rigiditatea parentală și hipercontrolul, explică în mare măsură dezvoltarea acestui tip. În sfârșit, o variantă mai puțin comună este tipul

paranoid-pasiv agresiv. Ca sugari, acești indivizi au manifestat, de obicei, temperamentul „copilului dificil”, iar apoi un temperament caracterizat prin iritabilitate afectivă. Acest lucru, plus inconsecvența parentală, explică, probabil, în mare parte, dezvoltarea acestui tip (Millon, 1981).

Din punct de vedere psihologic, indivizii paranoizi se văd pe sine, pe ceilalți, lumea și scopurile vieții în termenii următoarelor teme. Ei tind să se perceapă printr-o variantă a temei: „Sunt special și diferit. Sunt singur și nimeni nu mă place pentru că sunt mai bun decât ceilalți”. Viața și lumea sunt înțelese prin variante ale temei: „Viața este nedreaptă, imprevizibilă și exigentă. Te poate înșela și o va face, făcându-ți rău atunci când te aștepți cel mai puțin.” Prin urmare, e posibil să concluzioneze: „De aceea, fii precaut, contraatacă, nu avea încredere în nimeni și scuză-te de eșecuri învinuindu-i pe ceilalți.” Cel mai frecvent mecanism de apărare asociat cu tulburarea paranoidă este proiecția.

Din punct de vedere social, pentru această tulburare pot fi observate tipare predictibile de parentaj și factori de mediu. Pentru toate subtipurile, injoncțiunea parentală pare a fi: „Ești diferit. Să nu faci greșeli”. Indivizii cu tulburare de personalitate paranoidă tind să fi avut părinți perfecționiști care i-au expus pe acești copii la o instruire legată de caracterul lor special. Acest lucru, plus stilul parental care a fost articulat pentru subtipurile tulburării, precum și critica parentală conduc la o atitudine de izolare socială și comportament hipervigilent. Pentru a da un sens aparentei contradicții dintre a fi speciali și a fi ridiculizați, copiii concluzionează creativ că motivul pentru care sunt speciali și nimeni nu-i place este că sunt mai buni decât ceilalți oameni. Această explicație are drept scop reducerea anxietății

și le permite să dezvolte un oarecare sentiment de sine și de apartenență.

Tiparul paranoid este confirmat, întărit și perpetuat prin următorii factori individuali și de sistem: sentimentul că sunt speciali, rigiditatea, atribuirea unei atitudini răuvoitoare altora, învinovățirea altora și interpretarea greșită a motivelor celorlalte persoane, ceea ce duce la alienare socială și izolare, care confirmă, în continuare, ideea individului că este persecutat (Sperry, 2015; Sperry și Mosak, 1996).

Tabelul 10.2 rezumă caracteristicile acestei tulburări.

TABELUL 10.2 Caracteristici ale tulburării de personalitate paranoidă

Eveniment(e) declanșator/oare	Relații interpersonale apropiate și/sau rezerve personale
Comportament manifest	Precaut și defensiv Rezistent în fața influențelor externe Hipervigilent și tensionat în mod cronic
Comportament interpersonal	Neîncrezător și suspicios în legătură cu motivele celorlalți Ezită să aibă încredere în ceilalți Păstrează ranchiună și învinovățește Contraacăază pentru ofense percepute Hipersensibil față de ofense și critici
Stil cognitiv	Tinde să nu țină cont de dovezile care-i arată contrariul Raționalizează cu rapiditate și-și păstrează pre concepțiile
Stil afectiv	Afect limitat, dar ușor de provocat Distant și lipsit de umor Gelos și invidios

Temperament	Tipul narcisic: activ, hiperreactiv Tipul compulsiv: iritabil Tipul pasiv-agresiv: iritabilitate afectivă
Stil de atașament	Temător
Injoncțiune parentală	„Tu ești diferit. Rămâi în gardă. Să nu faci greșeli.”
Percepția de sine	„Sunt atât de special și diferit. Sunt singur și nimeni nu mă place pentru că sunt mai bun decât ceilalți.”
Percepția asupra lumii	„Viața e nedreaptă, imprevizibilă și exigentă. Te va înșela fără să te aștepti și-ți va face rău. De aceea, fii precaut, contraatacă, nu avea încredere în nimeni și scuză-te pentru eșecuri, învinovățindu-i pe ceilalți.”
Scheme dezadaptative	Abuz/neîncredere; deficiență
Criteriu optim de diagnostic	Suspectează, fără a avea argumente suficiente, că ceilalți îl exploatează, îi fac rău sau îl înșală

Evaluarea tulburării de personalitate paranoidă

Mai multe surse de informație sunt utile în stabilirea unui plan de diagnostic și tratament pentru tulburările de personalitate. Observația, informațiile colaterale și testarea psihologică reprezintă componente importante ale autoevaluării pacientului din timpul interviului clinic. Această secțiune descrie succint câteva observații caracteristice pe care le face clinicianul, precum și natura raportului care se poate dezvolta în întâlnirile inițiale cu indivizii cu tulburări de personalitate specifice. Sunt descrise, de asemenea, tiparele de răspuns caracteristic la diferite teste obiective (adică MMPI-2 și MCMI-IV) și teste proiective (adică Rorschach și TAT).

Comportamentul și raportul stabilit în timpul interviului

Intervievarea persoanelor cu tulburare de personalitate paranoidă este o provocare delicată. Relația cu acești indivizi este împiedicată de credința lor pervazivă că ceilalți le vor face rău și îi vor exploata. Prin urmare, ei scrutează toate întrebările pentru a descoperi conținutul conspirativ și sensul ascuns și presupun că orice amabilitate manifestată de clinician este o manevră inteligentă a acestuia de a profita de slăbiciunea lor. Similar, ei nu-și pot permite să se relaxeze în timpul interviului, temându-se că relaxarea i-ar face prea vulnerabili și își justifică astfel atitudinea suspicioasă și hipervigilența. Îi pot confrunța cu ușurință pe ceilalți, dar nu vor tolera să fie ei confrunțați. Tranzițiile lente de la un subiect la altul sunt fundamentale. Orice acțiune abruptă poate fi trăită ca pe o încercare nejustificată de a-i prinde în capcană, ceea ce ar putea declanșa furia, contraataca sau terminarea interviului (Ackley et al., 2011; Othmer și Othmer, 2002).

Datele testărilor psihologice

Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI-2), Inventarul Clinic Multiaxial Millon (MCMI-IV), Testul psihodiagnostic Rorschach și Testul de Apercepție Tematică (TAT) pot fi utile în diagnosticarea tulburării de personalitate paranoidă, precum și a stilului de personalitate paranoid (Groth-Marnat, 2009).

La MMPI-2, o creștere pe scala 6 (Paranoia) este frecventă. Cu toate acestea, deoarece acești indivizi tind să fie excesiv de alerti privind posibilitatea de a fi percepuți ca paranoizi, relevanța acestei scale poate fi mult exagerată (Graham, 2012). Aceste persoane sunt rapid iritate de formatul de alegere

414 forțată al MMPI, precum și de autodezvăluirea cerută de mulți dintre itemi (Meyer, 1995). Scalele 3 (Isterie), 1 (Ipohondrie) și K (Corecția) tind să fie ridicate la acești indivizi, reflectând faptul că folosesc negarea și proiecția, precum și înclinația lor de a se concentra asupra preocupărilor somatice și nevoia de a prezenta o aparență de adecvare (Graham, 2012).

La MCMI-IV, se așteaptă creșteri pe scala 6B (Sadici) și P (Paranoid) (Millon et al., 2015). Deoarece acest tip de personalitate se suprapune adesea cu personalitatea antisocială, narcisică și pasiv-agresivă sunt probabile creșteri pe scala 6A (Antisocial), 5 (Narcisic), și 8A (Negativist — pasiv-agresiv) (Choca și Denburg, 1997).

La Rorschach, acești indivizi generează protocoale în general reduse, dar caracterizate prin mai multe răspunsuri P (Banalitate) și A (Animale) decât răspunsuri C (Culoare primară) și M (Mișcarea umană). De obicei, acești indivizi resping stimulii ambigui și, de aceea, răspund la test prin critici condescendente, răsfoirea planșelor și concentrarea asupra răspunsurilor D (Detaliu). Ocazional, ei resping planșele sau refuză să continue examinarea (Meyer, 1995).

La TAT, poveștile lor pot fi caracterizate de suspiciune. Acest lucru este foarte probabil să apară la planșele 9, G, F, 11 și 16 (Bellak, 1997).

Abordări ale tratamentului și intervenții

Considerații privind tratamentul

În diagnosticul diferențial al acestei tulburări sunt incluse următoarele tulburări de personalitate: antisocială, narcisică și

obsesiv-compulsivă. Cele mai frecvente tulburări de simptom asociate cu tulburarea de personalitate paranoidă sunt tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea de panică și tulburarea delirantă. Dacă este prezentă o tulburare bipolară, este posibilă o manifestare maniacială iritabilă. De asemenea, e probabilă decompensarea sub forma unei reacții schizofrenice. Când se întâmplă acest lucru, subtipurile paranoid și catatonice sunt cel mai probabil prezente (Sperry, 2015).

Până de curând, prognosticul tratamentului tulburării de personalitate paranoidă a fost considerat precaut. Astăzi, predomină mai mult optimism privind atingerea obiectivelor specifice de tratament, cum ar fi creșterea caracterului inofensiv al percepției și al interpretării realității, precum și creșterea comportamentului de încredere. Mai multe intervenții psihoterapeutice și psihoeducaționale sunt utile în atingerea acestor obiective. Medicația poate fi folositoare în diminuarea anxietății asociate cu pierderea controlului. Până în prezent, nu s-a încheiat niciun studiu controlat privind rezultatele tratamentelor pentru tulburarea de personalitate paranoidă (Crits-Christoph și Barber, 2002).

Psihoterapia individuală

Psihoterapia de orientare psihodinamică

Pacienții cu personalități paranoide tind să fie indivizi care duc vieți destul de adaptate și productive și, nesurprinzător, răspund psihoterapiei psihodinamice. Totuși, Meissner (1978) susține că tratamentul lor nu este ușor, ci necesită empatie, răbdare și o mare sensibilitate față de vulnerabilitățile lor. Meissner

afirmă că procesul de tratament trebuie să aibă un ritm lent, cu obiective limitate, pe termen lung. Trei principii de tratament caracterizează un astfel de tratament (Meissner, 1978, 1986).

În primul rând, trebuie stabilită și menținută o alianță terapeutică semnificativă. Alianța terapeutică necesită ca pacientul să aibă un anumit grad de încredere în clinician, ceea ce este extrem de dificil pentru pacienții paranoizi. Sunt fundamentale reacția empatică a clinicianului și disponibilitatea acestuia de a funcționa ca recipient pentru o serie de afecte negative. Clinicianul trebuie să evite reacția defensivă și să nu pună la îndoială percepția pacientului asupra evenimentelor sau a clinicianului. În schimb, terapeutul trebuie să solicite mai multe detalii și să empatizeze cu percepțiile și afectele pacientului. Cel mai important, terapeutul trebuie să reziste tendinței contratransferențiale de a scăpa de proiecția indescriptibilă prin deflecția ei înapoi înspre pacient, prin intermediul interpretării predictive (Epstein, 1984). Pe scurt, pacientul trebuie să ajungă să-l perceapă pe clinician ca pe o persoană de ajutor inofensivă, dezinteresată, dar prietenoasă (Salzman, 1980).

În al doilea rând, strategia esențială de tratament este de a transforma manifestările paranoide în depresie și de a perlabora doliul subiacent. Subminarea treptată a apărărilor și atitudinilor paranoide conduce la emergența unui nucleu depresiv în care se concentrează sentimentul interior de slăbiciune, deficiență, vulnerabilitate și neputință a pacientului. Acest lucru se realizează prin tehnica de contraproiecție și cea de „îndoială creativă” (Meissner, 1986). Elementele depresive sunt perlaborate în transfer, ceea ce le permite acestor persoane să înceapă procesul de doliu al situațiilor de învățare frustrată și al dezamăgirilor în ceea ce privește obiectele timpurii.

În al treilea rând, clinicianul trebuie să respecte sentimentul de autonomie fragil și amenințat al pacientului și să lucreze la construirea și consolidarea acestuia în relația terapeutică. Angajamentul de a fi deschis, onest și de a păstra confidențialitatea înseamnă că toate deciziile trebuie explorate împreună cu pacientul, iar alegerea finală trebuie să fie cea a pacientului. Acest lucru se aplică chiar și deciziilor privind medicația, dacă și când este indicată (Meissner, 1989).

Deoarece acești pacienți au tendința de a fi rezistenți, provocatori și arțăgoși, problemele de contratransfer nu pot fi subestimate. În spatele atitudinii defensive și a aroganței lor se află vulnerabilitatea narcisică, sentimente fundamentale de rușine și umilință și o dorință pasivă de dependență. Prin urmare, acești pacienți încearcă să-și contracareze anxietățile și „să întoarcă roata”, făcându-l pe clinician să se simtă vulnerabil, umilit și neajutorat. Clinicienii pot reacționa cu iritare, nerăbdare, confruntare și argumentare. Sau, ei pot trăi frustrare, descurajare și victimizare. Aceste reacții trebuie monitorizate, impactul lor asupra terapiei analizat, iar eforturile de reechilibrare a alianței terapeutice inițiate (Meissner, 1989). Exemple de astfel de schimburi pot fi găsite în Williams (2010).

Terapia centrată pe metacogniție oferă un alt tratament pentru tulburările de personalitate, bazat pe narațiunea individuală și interpretare. Scopul său este reprezentat de promovarea progresivă a conștientizării problemelor în experiența subiectivă, precum și a schemelor care determină comportamentul social (Salvatore, Russo, Russo, Popolo și Dimaggio, 2012). Terapeuții obțin autobiografiile sau episoade narative ale pacienților pentru a identifica influențele și teoriile din spatele problemelor lor. Acest lucru include, de asemenea, efortul destinat dezvoltării

418 abilităților de înțelegere a minții celorlalți. Autorii prezintă un studiu de caz privind desfășurarea pe parcursul a opt luni a unui tratament orientat pe metacogniție, în cazul unei studente la drept, în vârstă de 31 de ani, diagnosticată cu tulburare de personalitate paranoidă și tulburare delirantă.

Un tip similar de psihoterapie folosit pentru tulburarea de personalitate paranoidă se bazează pe teoria dialogică a sinelui (Dialogical Self Theory – DST), care examinează dialogul interior între diferite părți sau voci ale sinelui (Dimaggio, Catania, Salvatore, Carcione și Nicolo, 2006).

Psihoterapia dinamică de scurtă durată

Psihoterapia de orientare psihodinamică de lungă durată presupune două sau mai multe ședințe pe săptămână, timp de trei sau mai mulți ani. Cu toate acestea, din moment ce indivizii cu personalitate paranoidă nu se implică cu ușurință în procesul terapeutic, ei pot fi reticenți față de o astfel de muncă intensivă pe termen lung. Pe de altă parte, receptivitatea la tratament crește în timpul perioadei de criză, caracterizată, de obicei, prin anxietate sau depresie acută. O terapie pe termen mai scurt, orientată mai mult spre criză, ar putea fi o variantă preferabilă pentru începerea tratamentului. O astfel de terapie de scurtă durată, centrată pe criză, ar putea fi un preambul al tratamentului pe termen lung.

Malan (1976) și Balint, Ornstein și Blaint (1972) descriu psihoterapia de scurtă durată cu indivizi acut paranoizi și dificili. Deși tratamentele au fost eficiente în cazul tablourilor clinice paranoide reactive, s-ar putea să nu fie potrivite pentru simptomele durabile, mai tipice pentru tulburarea de personalitate paranoidă. În prezent, nu există rapoarte publicate referitoare la existența unor

tratamente finalizate cu succes în cazul tulburării de personalitate paranoidă, în contextul unei psihoterapii dinamice scurte.

Terapia analitică cognitivă (CAT) (Ryle, 2004) este un alt model limitat în timp al tratamentului de orientare psihodinamică, care a fost folosit pentru tulburările de personalitate. Terapia constă în reformularea narativă și reformularea diagramatică secvențială (Sequential Diagrammatic Reformulation – SDR). Pacienții beneficiază de 24 de ședințe săptămânale și patru ședințe de monitorizare, desfășurate de-a lungul unei perioade de șase luni. În urma primelor trei ședințe de evaluare, pacienților cu tulburare de personalitate li se citește o scrisoare de la terapeut care reformulează originile suferinței lor și identifică problemele și procedurile vizate. Kellett și Hardy (2014) au efectuat un studiu de caz singular cu metode mixte al unui bărbat în vârstă de 36 de ani, diagnosticat cu tulburare de personalitate paranoidă. Cele șase acuze măsurate au fost, după cum urmează: atitudinea suspicioasă; hipervigilența; disocierea; conspirația; interogarea; și anxietatea. Terapia analitică cognitivă se finalizează cu o „scrisoare de rămas bun“, formulată în comun de pacient și terapeut, pentru a rezuma realizările, pentru a pregăti obstacolele viitoare și pentru a aborda orice trăiri de abandon legate de încheierea terapiei. Rezultatele au arătat că cinci dintre cele șase elemente măsurate, identificate la începutul tratamentului, au dispărut pe parcursul etapei de tratament. De asemenea, pacientul a atribuit schimbările metodei CAT.

Abordările cognitiv-comportamentale

Abordarea terapiei cognitive. Beck et al. (2011) oferă o analiză extinsă a abordării terapiei cognitive cu indivizi cu tulburare

420 de personalitate paranoidă. Etapa inițială a tratamentului poate fi extrem de stresantă pentru indivizii paranoizi, în sensul în care participarea la tratament necesită autodezvăluire, încrederea într-o altă persoană și recunoașterea slăbiciunilor, toate acestea fiind trăite ca niște experiențe destul de periculoase. Acest stres poate fi redus prin concentrarea, într-o primă etapă, pe probleme mai puțin sensibile sau prin discutarea indirectă a problemelor, adică vorbind despre modul în care „unii indivizi” trăiesc și reacționează la astfel de situații, sau începându-se printr-o abordare centrată mai mult pe rezolvarea de probleme și prin intervenții centrate pe comportament asupra problemelor manifeste. Astfel de strategii, pe lângă faptul că-i acordă individului un control mai mare decât cel obișnuit în programarea ședințelor sau în stabilirea conținutului acestora, poate facilita dezvoltarea unei relații de colaborare, în care individul să se simtă mai puțin neîncredător, constrâns și vigilent. Încrederea poate fi generată prin recunoașterea și acceptarea explicită a dificultății individului privind încrederea în terapeut. Pe măsură ce acest lucru devine evident și demonstrat, treptat, prin încredere și acțiuni, sunt oferite dovezi pe baza cărora se poate stabili încrederea.

Atunci când se lucrează la obiectivele tratamentului, abordarea bazată pe descoperirea ghidată va dezvălui maniera în care tiparul paranoid contribuie la problemele acestor persoane, ceea ce facilitează lucrul în colaborare pe teme precum neîncrederea lor față de ceilalți, sentimentele de vulnerabilitate și dorința de răzbunare, mult mai mult decât dacă terapeutul ar fi insistat asupra abordării directe a acestor probleme. Pe măsură ce tratamentul avansează în lucrul la obiective specifice, accentul ar trebui să treacă pe creșterea sentimentului

de autoeficacitate a individului, înainte de a se încerca modificarea comportamentelor interpersonale, gândurilor automate sau a schemelor. Dezvoltarea unei conștientizări sporite privind punctul de vedere al celuilalt și învățarea unei abordări mai asertive a conflictelor interpersonale reprezintă alte scopuri de tratament frecvente în cazul acestor persoane. Folosirea tehnicilor cognitiv-comportamentale tradiționale, cum ar fi antrenamentul de comunicare asertivă și exersarea comportamentală sunt utilizate, de obicei, pentru a inversa provocarea reacțiilor ostile din partea celorlalți, care au confirmat anterior viziunea paranoidului despre sine și despre ceilalți. În cazurile în care hipervigilența și ideile de referință sunt deosebit de rezistente, strategia de intervenție, bazată pe abilitățile sociale de procesare a informațiilor, descrisă de Turkat și Maisto (1985) poate fi extrem de utilă.

Obiectivele tratamentului sunt reducerea sensibilității la critică și modificarea comportamentului social. Antrenamentul abilităților sociale constă în jocuri de rol instrucționale, exersare comportamentală și video-feedback. Pacientul este învățat să acorde atenție unor stimuli sociali mai adecvați; să interpreteze mai corect informațiile în cazuri în care altădată se considera atacat, criticat sau arătat cu degetul; să primească feedbackul celorlalți într-o manieră non-defensivă și să-l utilizeze constructiv (Turkat, 1990). Turkat și Maisto (1985) prezintă un raport detaliat de caz care ilustrează aceste strategii de tratament.

Williams (1988) oferă un raport de caz detaliat privind terapia cognitivă limitată în timp a unui student cu manifestări depressive induse de consumul de substanțe, care îndeplinea, de asemenea, criteriile pentru tulburarea de personalitate paranoidă.

Pacientul suferea din cauza relațiilor interpersonale proaste și a consumului de droguri și era destul de inteligent și motivat pentru terapie. De remarcat că în protocolul de tratament al lui Williams au fost disponibile și necesare doar 11 ședințe pentru atingerea a trei obiective de tratament: reducerea simptomelor depresive, percepții mai puțin amenințătoare despre lume și alte persoane; și dezvoltarea abilităților de a fi mai relaxat și de a se simți confortabil în relație cu ceilalți. Restructurarea cognitivă și relaxarea musculară progresivă au fost principalele strategii de intervenție. Monitorizarea la șase luni a arătat că toate câștigurile au fost păstrate. Williams concluzionează că terapia cognitivă de durată scurtă poate fi deosebit de potrivită pentru tulburarea de personalitate paranoidă. Renton și Mankiewicz (2015) identifică trei obiective cheie de tratament pentru tratamentul oricărei tulburări de cluster A: obținerea încrederii în terapie prin explorarea ambivalenței, respectând independența și limitele individului; explorarea influenței credințelor nefolositoare despre ceilalți în contexte sociale cheie, în timp ce sunt dezvoltate credințe alternative, funcționale; și experimentarea unor noi comportamente sociale care nu se bazează pe suspiciune și neîncredere. Autorii oferă un studiu de caz al unei contabile, în vârstă de 27 de ani, cu diagnostic de tulburare de personalitate paranoidă.

Pe scurt, abordarea terapiei cognitive în lucrul cu indivizi paranoizi concentrează eforturi considerabile asupra dezvoltării atente a unei relații de lucru bazată pe colaborare și asupra creșterii sentimentului de autoeficacitate a individului la începutul tratamentului. Mai târziu în terapie, sunt folosite tehnici cognitive și experimente comportamentale pentru a confrunta în mod direct individului convingerile paranoide menținute.

Terapia centrată pe scheme. Terapia centrată pe scheme reprezintă o extensie a terapiei cognitive, dezvoltată de Young (1994, 1999) special pentru tulburările de personalitate și alte probleme dificile, individuale și de cuplu. Terapia centrată pe scheme presupune identificarea schemelor dezadaptative și planificarea unor strategii și intervenții specifice. Cele patru strategii principale sunt: cognitivă, experiențială, comportamentală și relația terapeutică în sine. Restructurarea cognitivă, adică modificarea schemelor dezadaptative, este o strategie cognitivă importantă, fiind însă îmbinată cu exerciții de imaginerie, confruntare empatică, teme pentru acasă și „re-parentaj limitat”, adică o formă de experiență emoțională corectoare (Young, 1999; Young et al., 2015).

Tiparele dezadaptative asociate în mod obișnuit cu tulburarea de personalitate paranoidă includ: *neîncredere/abuz* — credința că ceilalți îl vor abuza, umili, minți, manipula sau vor profita de el; *deficiență* — credința că individul este defect, rău, nedorit sau inferior în aspecte importante; și *căutarea aprobării* (Bernstein, 2002).

Abordarea interpersonală

Pentru Benjamin (2003a), intervențiile psihoterapeutice cu personalitatea paranoidă pot fi planificate și evaluate în funcție de capacitatea lor de a spori colaborarea, de a facilita învățarea despre tiparele dezadaptative și originile acestora, de a bloca aceste tipare, de a amplifica voința de schimbare și de a încuraja în mod eficient noile tipare.

Benjamin observă că principala problemă de tratament cu indivizii paranoizi este stabilirea unei relații terapeutice de colaborare. În măsura în care se produce această colaborare,

paranoia dispare. Obișnuiți să fie abuzați și umiliți, indivizii paranoizi îi percep pe terapeuți ca fiind critici și judicativi, în căutare de „acte ratate” și dornici să-i vadă plecați. În stadiile incipiente ale terapiei, răbdarea și amabilitatea fără indicii de constrângere, critică sau conciliere sunt esențiale pentru o perioadă considerabilă de timp. Benjamin oferă un fragment dintr-o ședință cu o femeie spitalizată, diagnosticată cu tulburare delirantă, de tip suspicios, care ilustrează eficacitatea acestui tip de curiozitate plină de respect și grijă.

Pe măsură ce tratamentul continuă, acești indivizi trebuie să afle că expectațiile lor de atac și de control abuziv decurg din experiențele trecute. Ca atare, ei pot începe să evalueze că aceste așteptări nu sunt întotdeauna adecvate în prezent și că ostilitatea provoacă ostilitate. În plus, trebuie să ajungă să înțeleagă că apărările lor de tipul controlului, evitării și răzbunării anticipative vor genera atacuri și înstrăinare din partea celorlalți. Benjamin pledează pentru folosirea „susținerii verbale” ca antidot la abuzul inițial. O empatie adecvată, recunoașterea autentică a realizărilor și înțelegerea constituie susținerea verbală. Terapeuții trebuie, totodată, să confrunte provocările cu delicatețe, dar în mod ferm. Deoarece confruntarea e posibil să fie amenințătoare pentru acești indivizi, terapeuții trebuie să echilibreze atent recunoașterea cu confruntarea. Obiectivul aici este acela al criticilor proactice, iar acești indivizi sunt ajutați să învețe semnificația feedbackului și faptul că sentimentele lor de vulnerabilitate și teamă nu „dovedesc” că ceilalți, inclusiv terapeuții, îi atacă.

Analiza lui Benjamin privind blocarea tiparelor dezadaptative la persoanele paranoide include strategii pentru gestionarea diverselor crize, cum ar fi anularea sau redirecționarea izbucnirilor pline de furie către terapeuți, gestionarea amenințărilor

criminale și abuzul propriilor copii. Autoarea crede că onestitatea, atitudinea plină de grijă, calmul, atenția și angajamentul clar al terapeutului de a rezolva conflictele sunt extrem de utile pentru persoanele paranoide în criză. Benjamin consideră că dorința de a renunța la tiparele de alienare, control ostil, ranchiună și teamă nu apare, până când acești indivizi nu se simt în siguranță să procedeze altfel. Pe măsură ce terapia avansează, ei sunt ajutați să-și diminueze nediferențierea de figurile timpurii care îi controlează și atacă. Pe măsură ce observă că se poartă ca un părinte detestat, acești indivizi pot deveni interesați să se schimbe.

Odată ce sunt stabilite baze mai sigure cu partenerii de viață și/ sau cu terapeutul, aceste persoane pot începe să-și canalizeze furia într-o direcție care încurajează separarea de tiparele și credințele distructive anterioare. În sfârșit, în măsura în care se dezvoltă colaborarea terapeutică, a avut loc deja o nouă învățare considerabilă despre încredere, despre a oferi și a primi feedback pozitiv și negativ din partea celorlalți și despre gândirea mai inofensivă referitoare la oameni și circumstanțele vieții. Pe măsură ce aceste teme sunt stăpânite, orice învățare reziduală care rămâne în ultima etapă a terapiei este relativ ușor de implementat. Pentru persoanele paranoide aflate în ultima etapă a tratamentului, incursiunile în lumea socială promovează ideea că abordările prietenoase duc la o reacție prietenoasă, ceea ce poate fi ușor înfricoșător, dar și captivant.

Terapia de grup

Din cauza hipersensibilității, atitudinii suspicioase și tendinței de a interpreta greșit comentariile celorlalți, indivizii cu tulburare de personalitate paranoidă tind să evite terapia de grup și alte

426 forme de tratament în grup. Similar, tendința lor paranoidă de a fi acuzatori, virtuoși, încăpățânați, ostili și evazivi a reprezentat o contraindicație a terapiei de grup eterogene intensive (Frances et al., 1984; Vinogradov și Yalom, 1989; Yalom, 1985).

Pe de altă parte, pacienții paranoizi înalt funcționali care pot menține un grad de conștientizare de sine și sunt capabili să tolereze confruntarea în grup a distorsiunilor lor paranoide pot beneficia considerabil de pe urma participării într-un grup fix care este suficient de coeziv și tolerant cu opiniile divergente (Meissner, 1989). Rutan et al. (2014) oferă un exemplu de împărtășire făcută de un pacient, dar nu a dus și la trecere la act, a fantasmelor sale paranoide privind vacanța facilitatorului grupului, ca fiind o încercare ascunsă de a scăpa de el. Pacientul a conectat această fantasmă de abandon cu faptul de a fi fost singurul copil din familia sa, care a fost dat pentru adopție.

Terapia de cuplu și de familie

Există o literatură relativ restrânsă despre terapia cu personalitatea paranoidă, per se. Cu toate acestea, fiecare modalitate de tratament poate fi utilizată singură sau în paralel cu terapia individuală. Meissner (1989) arată că terapia de familie ar putea fi combinată în timpul unei psihoterapii individuale pe termen lung. Terapia de familie ar putea fi indicată pentru adolescentul paranoid, a cărui dinamică familială și tipare de interacțiune interferează sau contribuie la dificultățile pacientului.

Harbir (1981) detaliază câteva principii generale pentru terapia de cuplu pentru personalitatea paranoidă. El observă că trăsăturile paranoide duc, adesea, la o disfuncție maritală gravă. Hipersensibilitatea partenerului paranoid, intensitatea

lipsită de bucurie, hipervigilența, neîncrederea extremă și gelozia provoacă suferințe considerabile pentru partenerul lor. Cu toate acestea, partenerul non-paranoid provoacă, de asemenea, suferință, deoarece acțiunile sale agravează, adeseori, starea paranoidă. De obicei, partenerii non-paranoizi reacționează pasiv și secretos când sunt acuzați sau criticați. Cu cât se retrag mai mult și sunt mai evazivi, cu atât mai mult partenerul lor paranoid devine suspicios și neîncrezător. Prin urmare, clinicianul care tratează în terapie individuală un pacient paranoid căsătorit trebuie să ia în considerare simultan terapia de cuplu sau, cel puțin, o ședință împreună cu partenerul non-paranoid, pentru a modifica tiparul de interacțiune maritală care pare să mențină psihopatologia.

Obiectivul terapiei de cuplu este să amplifice creșterea pozitivă a cuplului, prin reducerea patologiei personalității fiecăruia sau a ambilor parteneri. Harbir (1981) afirmă că pacienții paranoizi pot progresa în terapia de cuplu, în ciuda problemelor inevitabile de încredere și confidențialitate. Clinicianul trebuie să fie conștient, în mod constant, de monitorizarea strictă a comportamentului său de către partenerul paranoid. Acești pacienți devin invariabil furioși dacă îl percep pe clinician ca fiind părtinitor sau devin geloși pe relația clinicianului cu partenerul lor. Astfel, clinicianul, la fel ca în psihoterapia individuală, trebuie să fie deschis și direct în legătură cu procesul terapeutic specific și motivația lor. Odată ce s-a stabilit o alianță terapeutică, clinicianul îl poate sprijini pe partenerul non-paranoid să confrunte și să provoace neîncrederea constantă a partenerului paranoid. E de așteptat inițial un răspuns furios, dar paranoia va începe să scadă. Evident, o astfel de confruntare este prescrisă doar atunci când pacientul are un control al impulsurilor adecvat și nu a

428 fost violent. Harbir descrie un exemplu detaliat al terapiei de cuplu conjugate care implică un partener paranoid. Tratamentul presupune două etape și ilustrează abordarea terapeutică a lui Harbir.

Benjamin (2003a) comentează, de asemenea, despre rolul familiei în tratamentul acestei tulburări. Se poate lupta cu suferința cauzată de figurile de control și de atac găsite în viața timpurie, prin prezența reabilitantă a unui partener sau a unui copil implicat în ședințe. Individul paranoid poate ajunge să înțeleagă că propriul comportament ostil seamănă cu cel al abuzatorului, ceea ce poate trezi dorința de a fi diferit. Autoarea discută în detaliu implicațiile abuzului asupra unui copil de către persoana paranoidă, inclusiv efectul nedorit al legilor obligatorii de înștiințare a autorităților, care pot duce la terminarea prematură a tratamentului.

Medicația

În prezent, nu există medicație psihotropă specifică pentru tratarea acestei tulburări de personalitate (Silk și Feurino, 2012). Cu toate acestea, sunt utilizate medicamente care vizează simptomele perturbatoare specifice asociate cu tulburarea, cum ar fi depresia, anxietatea sau problemele de somn. În general, aceste medicamente sunt folosite ca adjuvant al psihoterapiei și antrenamentului abilităților. Deoarece simptomele perturbatoare răspund adesea la medicamente mai rapid, decât în cazul celor mai multe intervenții psihologice, medicamentele sunt de obicei prescrise la începutul tratamentului. Întrucât medicamentele antipsihotice sunt oarecum eficiente în schizofrenia paranoidă, s-a sperat că aceste medicamente ar fi, de asemenea, utile în

429 tratamentul acestei tulburări de personalitate. Din păcate, dovezile nu susțin această speranță. În plus, există puține dovezi din cercetare care să ofere un ghidaj pentru utilizarea acestor medicamente (Silk și Feurino, 2012).

Abordări combinate/integrative ale tratamentului

Există date suficiente care sugerează că tulburarea de personalitate paranoidă nu mai este netratabilă, așa cum se considera înainte, ci că poate fi tratată cu succes. Deși tratamentul cu abordări psihodinamice și cognitiv-comportamentale este considerat a fi pe termen lung, a existat cel puțin o relatare privind un tratament de succes, cu durată limitată (Williams, 1988). În prezent, există puține date publicate privind integrarea și adaptarea tratamentului cu această tulburare. Cu toate acestea, experiența clinică arată că o abordare integrativă a tratamentului poate, probabil, să maximizeze rezultatele terapeutice, reducând, în același timp, durata tratamentului.

Conceptualizând tulburarea de personalitate paranoidă ca având dimensiuni temperamentale și caracterologice, se pare că abordările dinamice sunt deosebit de eficiente în ceea ce privește dimensiunile caracterologice, dar mai puțin eficiente în ceea ce privește dimensiunea temperament/stil. Se pare că restructurarea cognitivă și abordarea comportamentală a procesării informațiilor (Turkat și Maisto, 1985) sunt deosebit de eficiente în privința modificării stilului cognitiv de hipervigilență al paranoidului. Abordarea cognitiv-comportamentală este, de asemenea, utilă și în cazul afectelor limitate. Abordarea interpersonală (Benjamin, 2003a) pare deosebit de eficientă în reducerea învinovățirilor și a hipersensibilității în fața criticilor. Astfel,

În această carte excepțională, Len Sperry, sintetizând informațiile din DSM-5, ICD-10 și PDM, prezintă cele mai recente și eficiente modalități de evaluare și intervenție clinică în tulburările de personalitate. După ce familiarizează cititorul cu modelul standard al schemei de diagnostic și cu diversele modele de tratament disponibile în domeniu – psihoterapia centrată pe tipare, psihoterapia centrată pe transfer, tratamentul bazat pe mentalizare, terapia centrată pe scheme și terapia centrată pe dezvoltare – autorul dedică fiecare tulburări de personalitate un capitol în care sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz (psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală și interpersonală și integrativă) și intervențiile de tratament – psihoterapia individuală, medicația și grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat. Exemplele clinice aduc claritate și substanță discuțiilor despre tratament și-i oferă cititorului accesul la profunzimea gândirii clinice.

edituratrei.ro

este profesor de psihiatrie la Florida
University și Medical College of Wisconsin
nterapia de peste 50 de ani. A scris
'cole despre tulburările de perso-
rapie și a publicat 80 de cărți
Asociației Americane
excelență în a

5336-9

Sperry

Tulburările de personalitate din DSM-5



430 integrarea abordărilor dinamice, cognitiv-comportamentale și interpersonale ar putea avea un efect sinergic asupra modificării atât a dimensiunilor temperamentale, cât și a celor ce țin de caracter. De asemenea, se pare că îmbinarea modalităților de tratament ar trebui să sporească eficacitatea tratamentului și rentabilitatea din punctul de vedere al costurilor, în special pentru manifestările mai severe ale acestei tulburări. Cel mai evident tratament combinat implică folosirea concomitentă sau succesivă a terapiei de familie, de cuplu sau de grup și a psihoterapiei individuale. De asemenea, este destul de promițătoare combinația de medicație, adică inhibitorii de recaptare a pimidului sau a serotoninei, atunci când sunt indicați, și psihoterapia individuală.

Tulburarea de personalitate schizoidă

Indivizii cu personalități schizoide tind să fie retrași și nu doresc sau nu au abilitățile necesare relațiilor interpersonale, în primul rând pentru că nu obțin plăcere din astfel de relații. Totuși, dacă sunt lăsați în pace, se pot descurca bine. De exemplu, ei pot fi paznici de noapte sau agenți de pază eficienți. Cu toate acestea, au o plajă emoțională restrânsă, visează excesiv de mult cu ochii deschiși și par a fi lipsiți de umor și distanți (Hopwood și Thomas, 2012).

Capitolul de față descrie un cadru pentru evaluarea și tratamentul eficient al acestei tulburări. Sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz și intervențiile de tratament. Se începe cu informații de fond despre tulburare, precum și cu o descriere DSM-5 și o descriere prototip a tulburării. Secțiunea privind conceptualizarea de caz oferă cinci formulări clinice generale ale acestei tulburări: psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală, interpersonală și o conceptualizare integrativă a tulburării. De asemenea, sunt descrise mai multe metode de tratament, modalități și strategii de intervenție. Printre acestea se numără psihoterapia

432 individuală, terapia de grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat.

Descrierea tulburării de personalitate schizoidă

Tulburarea de personalitate schizoidă poate fi recunoscută cu ajutorul următorilor descriptori sau caracteristici: stil vs. tulburare, eveniment declanșator, stil comportamental, stil interpersonal, stil cognitiv, stil afectiv, stil de atașament și criteriu optim de diagnostic.

Stil vs. tulburare. Personalitatea schizoidă poate fi concepută ca acoperind un continuum de la sănătos la patologic, în care stilul de personalitate schizoid se află la extrema sănătății, iar tulburarea de personalitate schizoidă se află la extrema patologiei.

Tabelul 11.1 compară și diferențiază stilul de personalitate schizoid de tulburarea de personalitate schizoidă.

TABELUL 11.1 Comparatie între stilul de personalitate schizoid și tulburarea de personalitate schizoidă

Stilul de personalitate	Tulburarea de personalitate
Manifestă o nevoie redusă de a fi în compania altora și se simt cel mai bine singuri.	Nici nu-și dorește, nici nu-i fac plăcere relațiile apropiate, nici măcar să facă parte dintr-o familie; nu are alți prieteni apropiați sau persoane de încredere (sau doar un prieten), cu excepția rudelor de gradul întâi.
Tinde să fie independent, fără să necesite interacțiuni cu ceilalți pentru a se bucura de experiențe și a-și trăi viața.	Aproape întotdeauna alege activitățile solitare.

Echilibrat, imperturbabil, calm, netulburat și rareori sentimental.

Aproape deloc motivat de nevoi sexuale și, deși se poate bucura de sex, nu suferă în absența acestuia.

Tinde să nu fie influențat de laude sau critici și se poate împăca încrezător cu propriul comportament.

433
Rareori susține că trăiește sau pare a trăi experiența unor emoții puternice, cum ar fi furia sau bucuria.

Un interes redus sau nu e interesat deloc de a avea experiențe sexuale cu o altă persoană.

Indiferent la lauda și critica din partea celorlalți; manifestă afecte restrânse, de exemplu, este distant, rece și rareori răspunde prin gesturi sau expresii faciale, cum ar fi zâmbetele sau aprobările prin înclinarea capului.

Următorul studiu de caz exemplifică mai bine diferențele dintre tulburarea de personalitate schizoidă — dl Y — și stilul de personalitate schizoid — dl P.

STUDIUL DE CAZ: TULBURAREA DE PERSONALITATE SCHIZOIDĂ

Dl Y., 20 de ani, este student în primul an de facultate și s-a întâlnit cu titularul programului de cursuri de psihologie introductivă pentru a aranja o sarcină individuală, în locul cerinței cursului de a participa la un proiect de cercetare în grupuri mici. I-a spus titularului de curs că, din cauza navetei zilnice de două ore dus și două ore întors, el „nu ar fi disponibil pentru proiectul de cercetare”, precum și că „nu era cu adevărat interesat de psihologie și urma cursul doar pentru că era obligatoriu”. În urma întrebărilor suplimentare, dl Y. a dezvăluit că preferă să facă naveta și

să trăiască acasă cu mama, chiar dacă avea resurse financiare pentru a locui în campus. A recunoscut că nu avea prieteni apropiați și nici contacte sociale, preferând să fie un „singuratic”. Absolvisе liceul cu o medie de 8, dar nu ieșise la întâlniri romantice și nici nu participase la activități extrașcolare, cu excepția clubului de electronică. Își făcea specializarea în domeniul informaticii, iar „hacking-ul” era singurul său hobby. Afectul dlui Y. era oarecum plat și părea că nu are simțul umorului, nereușind să răspundă încercărilor titularului de curs de a intra în contact cu el, prin intermediul umorului. Nu exista niciun indiciu al vreunei tulburări de gândire sau perceptuale. Profesorul cursului a organizat un proiect individual pentru student.

STUDIU DE CAZ: STILUL DE PERSONALITATE SCHIZOID

DI P. are 28 de ani și, de șase ani, este veteran al Ministerului de Interne al SUA. A fost pădurar încă de la absolvirea facultății. În timpul școlii, a excelat la ore, dar era considerat un singuratic de către ceilalți. Spre deosebire de majoritatea colegilor săi, el nu a intrat în nicio organizație studențească, simțind că avea cu adevărat nevoie să trăiască într-un loc liniștit și fără distrageri. DI P. s-a bucurat de munca sa și a primit recompense pentru aceasta. Cu un an în urmă, i s-a oferit o promovare ca supraveghetor regional, pe care a refuzat-o, deoarece i-ar fi cerut să aibă un contact regulat, fie vocal, fie față în față, cu până la 10 pădurari, care i-ar fi raportat lui. În facultate își făcuse un prieten foarte bun, cu care a împărțit camera trei ani și cu care continuă să aibă contacte ocazionale. Nu a luat niciodată în calcul căsătoria sau familia, așa că nu prea este interesat de întâlniri romantice.

Eveniment declanșator. Situația tipică, circumstanța sau evenimentul care, cel mai probabil, declanșează sau activează răspunsul caracteristic dezadaptativ al tulburării de personalitate schizoidă (Othmer și Othmer, 2002), după cum se observă în stilurile comportamentale, interpersonale, cognitive și afective, ține de: „relații interpersonale apropiate”.

Stil comportamental. Tiparul comportamental al schizoizilor poate fi descris ca letargic, neatent și ocazional excentric. Ei manifestă un discurs lent și monoton și, în general, sunt lipsiți de spontaneitate, atât în comportamentul lor, cât și în limbaj.

Stil interpersonal. Din punct de vedere interpersonal, acești indivizi par a fi mulțumiți să rămână distanți social și singuri. Ei preferă să se implice în activități solitare, sunt rezervați și retrași și arareori răspund sentimentelor și acțiunilor celorlalți. Tind să se estompeze în contextul social și apar în ochii celorlalți ca „sloiuri de gheață”. Nu se implică în activități de grup sau de echipă. Pe scurt, par inepti și ciudați în situații sociale.

Stil cognitiv. Stilul lor de percepție, gândire și prelucrare a informației poate fi caracterizat ca fiind distras din punct de vedere cognitiv. Adică gândirea și comunicarea lor pot fi ușor deraiate, prin distragere internă sau externă. Acest lucru este observat în interviurile clinice când acești pacienți au dificultăți în a-și organiza gândurile, sunt vagi sau se rătăcesc în informații irelevante, cum ar fi pantofii pe care anumiți oameni îi preferă (Millon, 1981). Par a avea abilități reduse de introspecție, precum și o capacitate redusă de a articula aspecte importante ale relațiilor interpersonale. Obiectivele lor sunt vagi și par a fi indeciși.

Stil afectiv. Stilul lor emoțional sau afectiv este caracterizat ca fiind lipsit de umor, rece, distant și lipsit de emoție. Par a fi indiferenți la laude și critici și le lipsește spontaneitatea. Nu este

436 surprinzător că relația și capacitatea de a empatiza cu ceilalți sunt slabe. Pe scurt, au o gamă îngustă de răspunsuri afective.

Stilul de atașament. Persoanele cu un stil de atașament de desconsiderare sunt caracterizate de un sentiment de sine care este valoros și pozitiv, precum și o evaluare redusă și negativă a celorlalți, care se manifestă, de obicei, sub forma neîncrederii față de alții. Deoarece ei cred că își sunt autosuficienți din punct de vedere emoțional, în timp ce ceilalți nu răspund emoțional, ei resping nevoia de prietenie și de contact cu ceilalți. Acest stil de atașament de desconsiderare este frecvent în cazul persoanelor cu tulburare de personalitate schizoidă (Lyddon și Sherry, 2001).

Criteriul optim de diagnostic. Dintre toate criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate schizoidă, unul a fost identificat ca fiind cel mai util în diagnosticarea acestei tulburări. Convingerea este că, începând cu acest criteriu, clinicianul poate testa prezența sau absența criteriului și poate diagnostica mai repede tulburarea de personalitate. Criteriul optim pentru această tulburare este: nici nu-și dorește, nici nu-i fac plăcere relațiile apropiate, nici măcar să facă parte dintr-o familie (Allnutt și Links, 1996).

Descrierea DSM-5

Persoanele cu această tulburare de personalitate se caracterizează printr-un tipar pervaziv caracterizat prin lipsă de interes față de relațiile sociale și un registru restrâns de exprimare a emoțiilor. Ei nu-și doresc și nici nu le fac plăcere relațiile apropiate, nici măcar relațiile de familie. Cu excepția rudelor de gradul întâi, este puțin probabil să aibă prieteni apropiați sau confidenți. Acești indivizi aleg în mod obișnuit activități

solitare și au un interes redus sau absent față de relațiile sexuale. Nu este surprinzător că ei par indiferenți față de feedback-ul, inclusiv criticile, altora. Experimentează puțină plăcere sau deloc în majoritatea activităților. În schimb, manifestă răceală emoțională, detașare sau afecte aplatizate (American Psychiatric Association, 2016).

Descriere prototip

Un prototip este o scurtă descriere care surprinde esența modului în care o anumită tulburare se prezintă în mod obișnuit. Descrierile prototip sunt utile și convenabile, iar clinicienii se bazează în mod obișnuit pe ele, mai degrabă decât pe liste de criterii comportamentale sau convingeri fundamentale (Westen, 2012). Iată o descriere prototip obișnuită a tulburării de personalitate schizoidă: singurul lucru pe care și-l doresc acești indivizi este să fie lăsați singuri. Realizarea și menținerea contactelor cu ceilalți are prea puțin sens sau chiar deloc și este lipsită de plăcere, confort sau emoție. În consecință, acești indivizi trăiesc singuri, evită să aibă întâlniri romantice, nu au prieteni adevărați și au slujbe care necesită puțin sau niciun contact cu ceilalți. Ceilalți îi consideră ciudați, distanți și mult prea formali în toate contactele sociale. Pe scurt, sunt percepuți de ceilalți ca „sloiuri de gheață”.

Prevalența

Prevalența acestei tulburări a fost estimată între 3,1 și 4,0% în populația generală (American Psychiatric Association, 2016). În contexte clinice, această tulburare este cel mai puțin frecventă, cu estimări de 0,5 până la 5,1% (Torgersen, 2012).

Conceptualizare de caz psihodinamică

Lumea interioară a indivizilor schizoizi pare a fi diferită de aspectul lor exterior. Akhtar (1987) îi descrie ca fiind extrem de detașați, asexuați, autosuficienți și neinteresanți, în timp ce, în ascuns, sunt neajutorați din punct de vedere emoțional, deosebit de sensibili și vulnerabili, creativi și foarte vigilenți. Aceste diferențe flagrante reprezintă un clivaj sau o fragmentare a diferitelor reprezentări ale sinelui, care rămân integrate. Rezultatul este difuzia identității.

Balint (1968) și Nachmani (1984) consideră că dificultatea lor legată de relaționarea cu ceilalți provine dintr-un deficit — un maternaj inadecvat — mai degrabă, decât dintr-un conflict oedipian. Pe scurt, acești indivizi își bazează decizia de a se izola pe convingerea că, deoarece nu au reușit să beneficieze de îngrijirea și sprijinul matern ca sugari, nu se pot aștepta și nu pot încerca să primească vreun fel de resurse emoționale din partea figurilor semnificative ulterioare. Fairburn (1954) consideră izolarea indivizilor schizoizi drept o apărare împotriva unui conflict între dorința de relaționare cu ceilalți și teama că neajutorarea lor îi va răni pe ceilalți. Astfel, ei oscilează între teama de a-i îndepărta pe ceilalți prin neajutorarea lor și teama că ceilalți îi vor sufoca sau îi vor devora. În consecință, toate relațiile sunt trăite ca fiind periculoase și trebuind evitate.

Kellerman și Burry (1989) consideră această izolare și distanțare socială ca pe o modalitate de gestionare a anxietății. Indivizii schizoizi sunt distanți, reci și rezervați, însă nu neapărat cu rele intenții față de ceilalți. În mod obișnuit, indivizii schizoizi

folosesc mecanismele de apărare cum ar fi refularea, reprimarea, izolarea afectului fantasmatic, deplasarea și compensarea, pentru a asigura distanța față de ceilalți și pentru a evita anxietatea.

Conceptualizare de caz biosocială

Millon și Davis (1996) consideră că personalitatea schizoidă este formată dintr-o interacțiune a factorilor biogeni și de mediu. Millon și Everly (1985) sugerează că o proliferare a receptorilor post-sinaptici dopaminergici în regiunile corticale limbice și frontale explică activitatea cognitivă neobișnuită și răspunsurile emoționale inhibitate ale indivizilor schizoizi. Alături de acest sistem nervos parasimpatic excesiv, descurajarea ar putea explica apatia lor, afectul aplatizat și reactivitatea redusă. În sfârșit, Millon și Everly observă că un tip de corp ectomorf — subțire și fragil — care a fost asociat cu timiditatea și introversia, este frecvent printre indivizii schizoizi.

Factorii de mediu principali se referă la indiferența parentală și tiparele de comunicare fragmentate. Familiile indivizilor schizoizi sunt, de obicei, caracterizate printr-o atitudine de rezervă interpersonală, formalism, superficialitate și răceală. Ei tind să comunice într-o manieră fragmentată, întreruptă și circumstanțială. Nu este surprinzător faptul că persoanele crescute în astfel de medii sunt susceptibile de a fi vagi, rudimentare și circumstanțiale în toate comunicările. Tiparele de comunicare disociate tind să fie confuze pentru ceilalți și favorizează neînțelegerea, frustrarea, lipsa toleranței și ostilitatea din partea celorlalți. Indivizii schizoizi sunt predispuși să se izoleze și ajung să creadă că ceilalți nu-i înțeleg. În plus, acești indivizi sunt, de obicei, incapabili să remedieze problema.

Tulburarea schizoidă este perpetuată prin distanțare socială, prin întărirea izolării sociale și prin insensibilitatea cognitivă și socială a persoanelor suferinde. Activitățile sociale rare limitează capacitatea indivizilor de a crește, iar izolarea socială este adeseori întărită de ceilalți, care îi ostracizează pe indivizii izolați. În plus, insensibilitatea lor socială și cognitivă tinde să simplifice foarte mult și să dea un aer plictisitor unei lumi atât de bogate și diverse pentru ceilalți.

Conceptualizări de caz cognitiv-comportamentale

Conform lui Beck (2015), indivizii cu personalitate schizoidă sunt, în toate sensurile, detașați de ceilalți. Există convingeri fundamentale, condiționale și instrumentale caracteristice, observate la persoanele cu această tulburare. *Convingerile lor fundamentale* sunt că sunt inadaptați, relațiile necesită efort și nu merită să te străduiești pentru ele, iar ei sunt mai fericiți singuri. *Credințele lor condiționale* sunt că, dacă se apropie prea mult de ceilalți, vor fi tachinați sau ceilalți se vor impune în fața lor și nu are nici un rost să încerce să se conecteze cu ei. *Credințele lor instrumentale* sunt să nu se implice, să refuze cerințelor celorlalți și să părăsească rapid situațiile sociale. La baza acestor diverse credințe se află convingerile lor despre sine și despre lume.

De obicei, ei se percep pe sine ca fiind singuratici și excentrici care nu-și găsesc locul. Tind să-i vadă pe ceilalți ca fiind exigenți, ostili și intruzivi. În consecință, strategia lor de bază este să păstreze distanța față de ceilalți și să evite contactul când ceilalți sunt prin preajmă. Deși pot intra în contact cu alte persoane ca obligație profesională sau pentru a-și satisface nevoile de bază, ei evită, de regulă, orice formă de intimitate (Renton și Mankiewicz, 2015).

Turkat (1990) nu oferă o formulă pentru această tulburare din perspectivă comportamentală. Totuși, e posibil ca indiferența parentală, rezerva emoțională și puținele oportunități de dezvoltare a abilității interpersonale să contribuie la dezvoltarea acestei tulburări.

Conceptualizări de caz interpersonale

Conform lui Benjamin (2003a), e probabil ca persoanele diagnosticate cu tulburare de personalitate schizoidă să fi fost crescute într-un cămin care era ordonat și formal. Deși nevoile fizice și educaționale ale acestor copii erau satisfăcute, a existat prea puțină căldură, joacă sau interacțiune socială și emoțională în cadrul familiei sau, de fapt, chiar și în altă parte. Individul schizoid ar fi preluat exemplul izolării sociale și al funcționării incolore, lipsite de emoții. O astfel de identificare cu părinții retrași îi determină pe indivizii schizoizi să se aștepte la puțin și să ofere puțin. Deși pot intra în contact cu ceilalți în scop profesional, nu sunt predispuși la contact intim și preferă, în schimb, fantezmele și pledoariile solitare. Pe scurt, nu au nici temeri, nici dorințe referitoare la ceilalți. Subdezvoltați în ceea ce privește nivelul de conștientizare socială și abilitățile sociale, ei pot satisface expectațiile rolului social ca angajați sau chiar ca părinți. Poate că sunt căsătoriți, dar nu dezvoltă relații apropiate și intime.

Conceptualizări de caz integrative

Următoarea formulare integrativă oferă o explicație biopsihosocială pentru modul în care e probabil să se fi dezvoltat această personalitate și cum este ea menținută. Din punct de vedere

442 biologic, personalitatea schizoidă ar fi avut, probabil, un tipar și un temperament infantil pasiv și anhedonic. Millon (1981) a sugerat că acest tipar ar rezulta, parțial, din activitatea crescută a receptorilor post-sinaptici dopaminergici din sistemul limbic și din lobii frontali. Din punctul de vedere al constituției fizice, schizoidul poate fi caracterizat prin tipul de corp ectomorf (fragil și delicat) (Sheldon, Dupertius și McDermott, 1954).

Din punct de vedere psihologic, ei se privesc pe ei înșiși, pe ceilalți, lumea și scopul vieții în termenii următoarelor teme. Astfel, se percep pe sine printr-o variantă a temei: „Sunt un inadaptat în viață, așa că nu am nevoie de nimeni. Sunt indiferent față de tot”. Pentru personalitățile schizoide, lumea și ceilalți sunt văzuți printr-o variantă a temei: „Viața este un loc dificil, iar relația cu oamenii poate fi dăunătoare”. Ca atare, este posibil să concluzioneze: „Prin urmare, să nu ai încredere în nimic, păstrează distanța față de ceilalți și nu vei fi rănit”. Alexandra Adler (1956) descrie mai în amănunt aceste dinamici ale stilului de viață. Cel mai comun mecanism de apărare pe care îl folosesc este intelectualizarea.

Din punct de vedere social, la aceste persoane pot fi observate tipare previzibile de parentaj și de mediu. Stilul de parentaj este, de obicei, caracterizat prin indiferență și sărăcire. Este ca și cum injoncțiunea parentală ar fi fost: „Ești un inadaptat” sau „Cine ești tu, ce vrei?”. Tiparul familiei se caracterizează prin comunicări fragmentate și reactivitate rigidă, lipsită de emoție. Din cauza acestor condiții, schizoizii sunt extrem de puțin socializați și dezvoltă puține sau nu dezvoltă deloc abilități interpersonale de relaționare și abilități de coping. Tiparul schizoid este confirmat, întărit și perpetuat de următorii factori individuali și sistemici: crezându-se inadaptați, ei evită activitatea socială.

443 Insensibilitatea socială suplimentară conduce la întărirea izolării sociale și la confirmarea, în continuare, a stilului schizoid (Sperry, 2015; Sperry și Mosak, 1996).

Tabelul 11.2 rezumă trăsăturile caracteristice ale acestei tulburări.

TABELUL 11.2 Caracteristici ale tulburării de personalitate schizoidă

Eveniment(e) declanșator/oare	Relații interpersonale apropiate
Stil comportamental	Vorbire lentă și monotonă Letargic și neatent Lipsit de spontaneitate și indiferent
Stil interpersonal	Dorință minimă pentru relații Alege solitudinea în detrimentul interacțiunilor sociale Nu are persoane de încredere Se pierde în fundalul social Izolată și mulțumită să rămână distanțată
Stil cognitiv	Distras din punct de vedere cognitiv, devine ușor neatent și tangențial Cu capul în nori Minim introspectiv
Stil afectiv	Distanțat din punct de vedere emoțional Arareori reacționează față de emoțiile altcuiva
Temperament	Tipar infantil pasiv și anhedonic
Stil de atașament	De desconsiderare
Injoncțiune parentală	„Cine ești tu, ce vrei?”
Percepția de sine	„Sunt un inadaptat în viață, așa că nu am nevoie de nimeni.” „Sunt indiferent față de tot”

Percepția asupra lumii	„Viața este un loc dificil, iar relația cu oamenii poate fi dăunătoare. Prin urmare, să nu ai încredere în nimeni, păstrează distanța față de ceilalți și nu vei fi rănit”.
Scheme dezadaptative	Izolare socială; deprivare emoțională; deficiență; subjugare; sine nedezvoltat
Criteriu optim de diagnostic	Nici nu-și dorește, nici nu-i fac plăcere relațiile interpersonale apropiate, nici măcar să facă parte dintr-o familie

Evaluarea tulburării de personalitate schizoidă

Mai multe surse de informație sunt utile în stabilirea unui plan de diagnostic și tratament pentru tulburările de personalitate. Observația, informațiile colaterale și testarea psihologică reprezintă componente importante ale autoevaluării pacientului din timpul interviului clinic. Această secțiune descrie succint câteva observații caracteristice pe care le face clinicianul, precum și natura relației care se poate dezvolta în întâlnirile inițiale cu indivizii cu tulburări de personalitate specifice. Sunt descrise, de asemenea, tiparele de răspuns caracteristic la diferite teste obiective (adică MMPI-2 și MCMI-IV) și teste proiective (adică Rorschach și TAT).

Comportamentul și raportul stabilit în timpul interviului

Interviul cu individul cu tulburare de personalitate schizoidă poate părea un exercițiu de inutilitate, având în vedere retragerea emoțională pervazivă a acestuia. El exprimă o

emoționalitate redusă sau absentă, chiar și atunci când vorbește despre trăiri anxioase sau depresive. Persoanele mai inteligente care au această tulburare se pot plânge de anhedonie și pot folosi chiar eticheta „depresie”, dar rareori raportează tristețea sau vinovăția asociate. Din moment ce căldura emoțională este absentă, e dificil să evaluăm dacă problemele sau îngrijorările sunt esențiale pentru ei. În mod obișnuit, aceste persoane au răspunsuri de un singur cuvânt sau o expresie succintă pentru toate întrebările. Nici întrebările deschise, întrebările structurate și nici alte strategii de interviu nu vor schimba fluxul de informații sau exprimarea afectului. Spre deosebire de indivizii paranoizi, această exprimare verbală și emoțională restrânsă nu se datorează auto-protecției, ci mai degrabă golului emoțional și mental. De obicei, raportul reflectă o anumită disponibilitate de a dezvălui simptomele, problemele și sentimentele cele mai intime. Deoarece acești pacienți sunt atât de săraciți, raportul și implicarea pot părea imposibile. Perioadele lungi de tăcere nu sunt neobișnuite. Dacă acești pacienți se întorc pentru ședințe, înseamnă că ei „se conectează”, în măsura în care știu cum să o facă. De aceea, perseverența, răbdarea și toleranța clinicianului pentru un schimb verbal limitat pot avea un efect terapeutic (Ackley et al., 2011; Othmer și Othmer, 2002).

Datele testărilor psihologice

Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI-2), Inventarul Clinic Multiaxial Millon (MCMI-IV), Testul psihodiagnostic Rorschach și Testul de Apercepție Tematică (TAT) pot fi utile în diagnosticarea tulburării de personalitate schizoidă, precum și a stilului sau trăsăturii de personalitate schizoidă.

La MMPI2, un profil normal este comun pentru indivizii schizoizi destul de bine integrați. În astfel de cazuri, scala 0 (Introversia socială) poate fi ridicată (Lachar, 1974). Pe măsură ce acești indivizi trăiesc stres, este probabil să crească scala F (Frecvența), 2 (Depresie) și 8 (Schizofrenie). Ocazional, se remarcă un profil 1-8 „nomad” (Ipohondrie-Schizofrenie), în care atracția interpersonală este limitată (Graham, 2012).

La MCMI-IV, este probabil o creștere pe scala 1 (Schizoid) cu scoruri reduse la 4A (Histrionic), 5 (Narcisic) și N (Bipolar-Maniacal) (Millon et al., 2015).

La Rorschach, sunt probabile un procent ridicat de răspunsuri A (Animal) și puține răspunsuri C (Color). Scorurile globale tind să fie restrânse, iar anumite pete de cerneală pot fi respinse. Timpul de reacție pentru multe dintre planșe poate fi mare. Poate există un Potențial de Experiență mai mare decât Experiența Reală, iar producția de răspunsuri M (Mișcarea Umană) să fie crescută în raport cu calitatea generală a protocolului (Exner, 1986).

La TAT, sunt frecvente răspunsurile limitate, alături de ignorarea temei. La fel este și portretizarea sărăcăcioasă a personajelor din poveste (Bellak, 1997).

Abordări ale tratamentului și intervenții

Considerații privind tratamentul

În diagnosticul diferențial al acestei tulburări sunt incluse următoarele tulburări de personalitate: evitantă, schizotipală și dependentă. Cele mai frecvente tulburări de simptom care pot fi asociate cu această tulburare sunt: tulburarea de depersonalizare, tulburările bipolare, tulburarea obsesiv-compulsivă,

tulburarea simptomului somatic, tulburările schizofreniforme și schizofreniile dezorganizate și catatonice.

Personalitățile schizoide rareori se oferă voluntar pentru tratament, dacă nu există decompensarea. Cu toate acestea, pot accepta tratament dacă cineva, cum ar fi un membru al familiei, îl solicită. Scopurile tratamentului sunt axate mai degrabă pe reducerea simptomelor decât pe restructurarea personalității. Strategiile obișnuite de tratament includ gestionarea crizelor și o interacțiune terapeutică consecventă și suportivă. Medicamentele, în special antipsihoticele, nu s-au dovedit a fi utile pentru această tulburare (Silk și Feurino, 2012).

Psihoterapia individuală

O formă de psihoterapie individuală este indicată pentru majoritatea pacienților schizoizi. Dacă clinicianul alege o abordare activă și confrunțată, o abordare bazată pe restructurarea cognitivă și antrenamentul abilităților sociale sau una care este mai suportivă, depinde de o serie de factori, incluzând înclinația psihologică a pacientului, reziliența și așteptările de tratament ale acestuia, repertoriul terapeutic al clinicianului și resursele pentru tratament.

Această secțiune descrie succint abordările psihodinamice, cognitiv-comportamentale și interpersonale ale terapiei individuale.

Abordările psihoterapiei psihodinamice

Deoarece înțelegerea dinamică a personalității schizoide și a celei schizotipale deopotrivă este inerent similară, Gabbard (1990,

1994) propune ca tratamentul lor să fie similar. Pacienții schizoizi pot fi tratați eficient cu o psihoterapie orientată dinamic, atât expresivă, cât și suportivă, în funcție de nivelul lor de funcționare și de pregătire pentru tratament (Gabbard, 1994). Baza pentru tratamentul dinamic nu este interpretarea conflictului, ci mai degrabă internalizarea unei relații terapeutice (Stone, 1985).

În esență, sarcina clinicianului este de a repara relațiile înghețate ale pacientului cu obiectul intern, prin furnizarea unei experiențe emoționale corecte. Stilul de relaționare al schizoizilor rezultă din inadecvări în relațiile timpurii cu figurile parentale. În consecință, acești pacienți trec prin viață distanțându-se de ceilalți. Prin urmare, terapia trebuie să ofere o nouă relație pentru internalizare (Gabbard, 1994). Thylstrup și Hesse (2009) sugerează că detașarea emoțională exterioară a individului schizoid față de ceilalți ascunde de fapt o dorință interioară profundă de apropiere. Această ambivalență poate fi abordată în contextul terapiei; totuși, deoarece acești pacienți nu reușesc să-și exprime în mod adecvat nevoile emoționale, terapeuții tind să-și piardă interesul față de ei, cu ușurință. În cazul acestor pacienți, terapeuții trebuie să acorde o atenție deosebită contratransferului, pentru a evita alienarea ulterioară. Întrebări cum ar fi: „Sunt tentat să anulez programările cu pacientul meu social izolat, gândindu-mă că nu-i va face rău?” și „Mă surprind întrebându-mă dacă acest pacient are vreo problemă, în ciuda dovezilor clare că le are?” sunt linii directoare utile. Autorii prezintă studiul de caz al unui bărbat în vârstă de 40 de ani, neangajat.

Kavaler-Adler (2004) prezintă tratamentul acestei tulburări, din perspectiva relațiilor cu obiectul. În cursul psihanalizei, individul schizoid este condus într-o perioadă de „doliu al dezvoltării” pentru a plânge după pierderea dezvoltării normale

în procesul de separare-individuare și pentru a înțelege cum experiențele traumatice ale copilăriei timpurii îi influențează problemele interpersonale actuale. Pacientul schizoid se poate focaliza apoi pe confruntarea cu regretul asociat acestui lucru și renunțarea la el. Autoarea prezintă un studiu de caz detaliat al psihanalizei unei scriitoare.

Terapia suportivă. Din moment ce modul lor de funcționare de bază este non-relațional, sarcina terapiei li se pare foarte dificilă și plină de provocări indivizilor cu tulburare de personalitate schizoidă. Nu e de mirare că ei răspund provocării prin tăcere și distanțare emoțională. Clinicienii trebuie să adopte o atitudine permisivă și plină de acceptare și trebuie să fie extrem de răbdători cu acești indivizi. Este mai util să înțelegem tăcerea ca formă nonverbală de relaționare, mai degrabă decât drept rezistență la tratament. Ascultând cu cea de-a „treia ureche”, clinicianul poate afla multe despre acești pacienți. Prin identificarea proiectivă, ei vor trezi anumite răspunsuri în clinician, răspunsuri care conțin informații valoroase de diagnosticare referitoare la lumea interioară a pacientului (Gabbard, 1989). Gestionarea eficientă a problemelor de contratransfer este esențială în lucrul cu pacienții schizoizi. Acceptarea non-relaționării tăcute este străină predispoziției și instruirii psihologice a clinicianului. De aceea, atunci când tăcerea este prelungită, clinicianul trebuie să se ferească de a trece la act și a-și proiecta propriile reprezentări de sine și obiect în pacient. Acceptarea tăcerii și abținerea de la a o interpreta legitimează sinele intim, nuclear și necomunicativ al pacientului. Iar aceasta poate fi singura tehnică viabilă pentru construirea unei alianțe terapeutice (Gabbard, 1989).

Ritmul adecvat al terapiei și profunzimea acesteia sunt controversate. Bonime (1959) pledează pentru o abordare activă și

450 bazată pe confruntare, în timp ce Gabbard (1990) și alții susțin că o abordare mai reținută dă dovadă de mai mult respect și este mai puțin amenințătoare pentru acești pacienți.

Tehnicile suportive pot fi utilizate pentru a-l încuraja pe schizoidul cu funcționare mai redusă să devină mai activ. De exemplu, pacientul este îndemnat inițial să se implice în activități în care sunt prezenți alții, dar în care participarea pacientului este minimă, de exemplu, la un eveniment sportiv. Dacă se atinge un anumit nivel de confort, poate fi încurajată implicarea în continuare. Implicarea într-un club de informatică, o călătorie sau ore de aerobic prezintă riscul ca ei să participe la un eveniment sportiv, dar mai puțin comparativ cu o reuniune socială sau un curs de dans. Kantor (1992) susține tehnicile de „substituție productivă” și „îndemnul total pentru modificare” în cadrul acestor sarcini terapeutice. În substituția productivă, clinicianul sugerează înlocuirea satisfăcătoare a elementelor care lipsesc din viața pacientului. Astfel, relațiile cu colegii din grupul de terapie sunt substituit pentru pacientul necăsătorit. Folosind îndemnul total pentru modificare, clinicianul îl îndeamnă pe pacient să devină mai activ din punct de vedere social. Sugestiile sunt prezentate cu titlu de încercare, pentru a testa limitele pacientului. Problemele întâlnite sunt readuse în terapie și discutate. Obiectivele și rezultatele tratamentelor pot fi destul de limitate: în cele din urmă, pacientul poate ajunge să lucreze, deși izolat, de pildă ca paznic de noapte, iar din punct de vedere social poate avea unul sau doi prieteni și, eventual, chiar o relație pe termen lung cu cineva care este dispus să rămână un companion distant (Kantor, 1992).

Terapia dinamică de lungă durată vs. terapia dinamică de scurtă durată. Deciziile cu privire la tipul și frecvența terapiei dinamice trebuie să se bazeze pe nivelul de funcționare,

451 motivație și disponibilitate pentru tratament ale pacientului. Pacienții schizoizi înalt funcționali, care prezintă unele simptome depresive sau o anumită capacitate de empatie și căldură emoțională, tind să aibă rezultate mai bune în psihoterapia dinamică (Stone, 1983).

Acei pacienți care sunt foarte motivați pentru psihoterapia exploratorie pot obține câștiguri impresionante în urma tratamentului intens, pe termen lung, de două sau trei ședințe pe săptămână, pe parcursul mai multor ani. Pe de altă parte, psihoterapia suportivă pe termen lung este indicată pentru majoritatea pacienților schizoizi care prezintă deficiențe majore ale Eului și excentricități personale. Obiectivul unui astfel de tratament este îmbunătățirea funcționării adaptative în viața de zi cu zi. Frecvența ședințelor este de una până la două ori pe săptămână, pentru majoritatea pacienților (Stone, 1989). Gamache și Diguer (2012) prezintă studiul de caz al unui bărbat în vârstă de 34 de ani, cu personalitate schizoidă, tratat timp de un an prin psihoterapie psihodinamică.

Terapia dinamică de scurtă durată este indicată pentru situațiile de criză și dificultățile situaționale legate de viața profesională sau personală. De asemenea, poate servi ca o monitorizare a unui proces psihoterapeutic anterior de lungă durată. Nu este surprinzător faptul că nu există rapoarte privind tratamentul individual dinamic de scurtă durată, ca intervenție curativă.

Abordări ale terapiei cognitiv-comportamentale

Terapia cognitivă. Beck et al. (2011) descriu abordarea terapiei cognitive în privința indivizilor cu tulburare de personalitate schizoidă. Deoarece indivizii schizoizi tind să aibă o motivație

452 limitată pentru interacțiunea socială, scopul principal al tratamentului este stabilirea sau creșterea pozițiilor de interacțiune socială, precum și reducerea izolării sociale. Acești indivizi intră în tratament, în mare măsură din cauza tulburărilor simptomatice de Axă I, mai degrabă decât ca să-și modifice modul de relaționare cu ceilalți. Astfel, scopul inițial al tratamentului este un accent plasat în colaborare pe problemele actuale. Pe măsură ce se întâmplă acest lucru, terapeutul poate comenta despre tiparele relaționale ale individului, discutându-le avantajele și dezavantajele și modul în care aceste tipare afectează problema prezentă. Relația terapeutică bazată pe colaborare poate servi ea însăși drept prototip pentru alte relații interpersonale, precum și drept bază pentru creșterea gamei și frecvenței interacțiunilor individului în afara ședințelor. După ce s-a stabilit relația, terapeutul poate să indice tiparul de interacțiune caracteristic, precum și să ofere feedback cu privire la impactul acestuia asupra altor persoane. Pe măsură ce acești indivizi dezvoltă o mai mare conștientizare și înțelegere a relațiilor interpersonale, ei sunt îndrumați în învățarea abilităților sociale necesare și în exersarea acestora atât în cadrul, cât și în afara ședințelor. Având în vedere lipsa lor de expresivitate, solicitarea regulată a feedback-ului privind nivelul lor de anxietate ar trebui să reducă probabilitatea terminării premature a terapiei. Spre deosebire de lucrul cu alte tulburări de personalitate în care sunt disponibile pârgii terapeutice semnificative și motivația pentru schimbare, în cazul indivizilor schizoizi e puțin probabil spre deloc să existe ceva din acestea, cu excepția rațiunii. În consecință, Freeman et al. (1990) îi sfătuiesc pe terapeuți să prezinte, în mod clar, motivația terapiei, motivele pentru a acționa diferit, avantajele și dezavantajele schimbării comportamentului și câștigurile

concrete posibile. Probabil că această strategie îi poate determina pe acești indivizi să se schimbe.

Beck et al. (2004) menționează că următoarele tehnici sunt eficiente pentru indivizii schizoizi. Înregistrarea gândurilor disfuncționale nu este utilă doar pentru provocarea gândurilor automate disfuncționale, ci și în identificarea unei varietăți de afecte și a gradării lor subtile în intensitate, precum și în indicarea reacțiilor celorlalți. Predarea abilităților sociale se realizează cel mai bine direct, prin intermediul jocurilor de rol, expunerii in vivo și temelor pentru acasă. Ajutarea acestor persoane să devină mai atente la emoțiile pozitive și să le trăiască poate fi facilitată prin intermediul descoperirii ghidate. De exemplu, pe măsură ce acești indivizi sunt ajutați să-și recunoască viziunea generalizată despre ceilalți — „Nu-mi plac oamenii” — ei pot învăța să fie specifici în legătură cu lucrurile care nu le plac, precum și cu lucrurile care le plac, totuși, la alții.

Întrucât tratamentul are nevoie de încheiere, se discută problema prevenirii recidivei. Beck et al. (1990) afirmă că în cazul persoanele schizoide, după terminarea terapiei, există o mare probabilitate de recădere într-un stil de viață izolat. De aceea, autorii sugerează menținerea contactului cu acești indivizi prin ședințe de rapel. În cele din urmă, deși tratamentul cu acești indivizi poate fi dificil, cu perseverență este posibil să-și îmbunătățească abilitățile sociale, frecvența interacțiunilor sociale și să-și reducă „ciudățenia”. Cu toate acestea, terapeutul ar trebui să anticipeze că e probabil ca persoanele schizoide să mențină o anumită distanță și pasivitate în relațiile interpersonale după încheierea planificată a terapiei.

Renton și Mankiewicz (2015) reiau ideea că aceste persoane rareori se prezintă pentru tratament de bună-voie și, în cazul în

454 care fac acest lucru, e posibil ca tratamentul să fie de scurtă durată și, exclusiv, în scopul ameliorării simptomelor sau al rezolvării unor probleme specifice, legate de modificări în mediul lor. Rareori, terapia se extinde până la examinarea și rezolvarea factorilor cognitivi subiacenți, iar ambivalența privind schimbarea poate fi prezentă pe tot parcursul tratamentului. Dacă acești indivizi pot recunoaște legătura dintre experiențele lor timpurii, credințele dezadaptative și problemele actuale, atunci ei ar putea să fie dispuși să-și recadreze aceste credințe.

Terapia centrată pe scheme. Terapia centrată pe scheme reprezintă o extensie a terapiei cognitive, dezvoltată de Young (1994, 1999) special pentru tulburările de personalitate și alte probleme dificile, individuale și de cuplu. Terapia centrată pe scheme presupune identificarea schemelor dezadaptative și planificarea unor strategii și intervenții specifice. Cele patru strategii principale sunt: cognitivă, experiențială, comportamentală și relația terapeutică în sine. Restructurarea cognitivă, adică modificarea schemelor dezadaptative, este o strategie cognitivă importantă, fiind, însă, îmbinată cu exerciții de imagerie, confruntare empatică, teme pentru acasă și „re-parentaj limitat”, adică o formă de experiență emoțională corectoare (Young, 1999; Young et al., 2003).

Schemele dezadaptative asociate, în mod obișnuit, cu tulburarea de personalitate schizoidă includ: *izolare socială* — credința că individul este alienat, diferit de ceilalți sau nu face parte din nici un grup; *deficiență* — credința că individul este defect, rău, nedorit sau inferior în aspecte importante; *deprivare emoțională* — credința că dorința individului de sprijin emoțional nu va fi satisfăcută de ceilalți; *subjugare* — credința că dorințele, nevoile și sentimentele individului trebuie suprimate pentru a răspunde

455 nevoilor celorlalți și pentru a evita represaliile sau criticile; și *sinele nedezvoltat* — convingerea că individul trebuie să fie apropiat emoțional de ceilalți, în detrimentul individuației complete sau dezvoltării sociale normale (Bernstein, 2002).

Abordările interpersonale

În literatura de specialitate există foarte puține consemnări despre tratarea acestei tulburări dintr-o perspectivă interpersonală. De exemplu, Benjamin (2003a) nu oferă discuții despre obiectivele sau strategiile de tratament pentru tulburarea de personalitate schizoidă. Autoarea observă că acești indivizi sunt retrași din punct de vedere social, nu doresc conexiuni sociale și nu suferă de furie, frică sau depresie. Ca atare, ei au puține motive să se prezinte pentru tratament.

Terapia de grup

Pacienții schizoizi pot beneficia în urma terapiei de grup, în special în urma terapiei de grup dinamice (Azima, 1983). Terapia de grup le oferă acestor pacienți o experiență de socializare, care implică expunere și feedback de la ceilalți, într-un mediu sigur și controlat. Este un mediu în care poate apărea o nouă experiență de parentaj. Aici membrii grupului pot funcționa ca o familie reconstruită și pot oferi o experiență emoțională corectoare, care poate să contrabalanseze obiectele interne negative și înfricoșătoare ale schizoidului (Appel, 1974). Pe măsură ce temerile lor cele mai grave nu se îndeplinesc și se simt acceptați, acești pacienți încep, treptat, să se simtă mai confortabil în preajma celorlalți. Giles și Wienclaw (2008) observă că este important

să se țină cont de momentul în timp al terapiei de grup. Ei sugerează că este mai bine să fie dezvoltată mai întâi o alianță terapeutică puternică între pacient și terapeutul individual, înainte de inițierea tratamentului de grup, deoarece acești indivizi evită, în general, contactul social.

Din perspectiva relațiilor cu obiectul, Leszcz (1989) susține că grupul funcționează ca un mediu de susținere, care le oferă acestor pacienți ocazia de a fi implicați inițial într-un mod „non-relațional”, în același timp, construind lent încrederea. Ei nu trebuie să-și părăsească coconul de autosuficiență, dar pot observa modul în care ceilalți relaționează în grupuri, în ce măsură contează sentimentele, cum să le facă față persoanelor cu care relaționează în grupuri și cum să gestioneze emoțiile negative. Un lider de grup înțelept va permite această poziție de non-relaționare, până când pacientul va putea tolera mai bine ambiguitățile grupului.

Dintr-o perspectivă sistemică, Bogdanoff și Elbaum (1978) susțin că izolarea schizoidului nu se datorează pur și simplu unui Eu fragil, ci este și o funcție a nevoii grupului de a menține această izolare. Prin urmare, deși pacientul schizoid poate provoca grupul să-l determine să vorbească, alteori, grupul îl reduce la tăcere eficient pe schizoid printr-o atitudine plină de furie sau învinovățire, care îl înspăimântă pe acesta. În esență, schizoidul este prins într-o capcană interpersonală — pe care autorii o numesc „blocare în rol”. Pe de altă parte, interacțiunea de grup reușită poate apărea numai atunci când blocarea în rol este întreruptă. Dacă grupul evită schizoidul, sarcina terapeutică este de a concentra atenția grupului asupra blocării în rol. Obiectivul este ca membrii grupului să-și dezvăluie contribuția la blocare și să elibereze presiunea pusă asupra membrului de grup blocat,

iar membrul blocat să dezvăluie modul în care el sau ea percepe procesul de grup ca izolându-l.

Dintr-o perspectivă interpersonală, Yalom (1995) discută despre alte intervenții utile pentru abordarea blocării în rol. Schizoidul este ajutat să diferențieze răspunsurile față de diverși membri ai grupului, să ia în serios sentimentele din aici-și-acum, să devină mai conștient de strategiile sale specifice de evitare și să devină mai conștient de răspunsul său fizic. Yalom insistă că aceste scopuri și strategii sunt preferabile metodelor cathartice, care îl pot alunga din grup pe schizoid. Yalom avertizează că procesul este lent, iar răbdarea este fundamentală pentru clinician.

În sfârșit, se pare că există un anumit tip de consens, în ideea că grupurile eterogene sunt preferabile grupurilor omogene (Bogdanoff și Elbaum, 1978; Leszcz, 1989; Slavik, Sperry și Carlson, 1992). Spitz (1975) sugerează că pacientul schizoid ar trebui să fie trimis într-un grup care este omogen în ceea ce privește funcționarea globală, dar eterogen în ceea ce privește tipurile de personalitate.

Terapia de cuplu și de familie

Pacienții schizoizi, în special cei de gen masculin, nu se căsătoresc și rareori se întrețin singuri. Ei pot locui cu familiile și pot deveni dependenți de acestea. Acest lucru poate duce la un cerc vicios, în care o motivație limitată pentru contacte sociale și pentru un loc de muncă sau o carieră conduce la interferențe și amărăciune din partea familiei, urmate de o scădere a stimei de sine și o reticență chiar și mai mare la ideea plecării de acasă (Stone, 1989).

Clinicienii care lucrează cu pacienții schizoizi care trăiesc încă în familia de origine se confruntă, deseori, cu tensiunea familială, nerăbdarea și discordia ce provin din diferențele dintre expectațiile parentale și capacitățile și motivația pacientului. Terapia de familie poate fi destul de eficientă în abordarea acestor diferențe ale așteptărilor, a discordiei și nerăbdării (Anderson, 1983). Shapiro (1982) descrie modul în care terapeutul de familie poate funcționa, astfel încât să conțină asemenea afecte și impulsuri deplasate și proiectate și să le recunoască, să le tolereze, să le perlaboreze și să le redirectioneze. Tratamentul de familie îi poate ajuta, de asemenea, pe membrii familiei să restabilească tipare de comunicare mai funcționale între pacienții schizoizi și familiile acestora.

McCormack (1989) descrie o constelație maritală comună, în care indivizii schizoizi se căsătoresc cu indivizi borderline. În discutarea tratamentului partenerului schizoid, McCormack arată că nucleul dificultății schizoidului este teama copleșitoare de atașamente. Nesiguranța provine din intensificarea agresivității, deoarece frustrarea nevoilor lor de dependență duce la nemulțumire și discordie maritală. Partenerii schizoizi își trăiesc iubirea ca fiind letală și, apoi, renunță la conștientizarea acestor sentimente și nevoi de dependență, ca apărare împotriva lor. Prin urmare, ei dezvoltă și mențin relații în care nu sunt niciodată implicați pe deplin.

Tratamentul partenerului schizoid accentuează clarificarea și interpretarea atentă și mută accentul de pe confruntare. Explorarea ar trebui să se refere la vulnerabilitatea narcisică, legitimarea nevoilor lor, recunoașterea potențialelor riscuri și câștiguri asociate urmării acestor nevoi și compromisul schizoid. McCormack descrie „compromisul schizoid” ca mijloc de

menținere a relațiilor care necesită o implicare emoțională limitată, cu costul limitării dezvoltării personalității. Clinicianul trebuie să recunoască față de acești pacienți că acest compromis a fost adaptativ, dar că este o etapă prin care trebuie să treacă, înainte de a se confrunța cu teama lor de relații autentice și sănătoase.

Partenerii schizoizi au tendința de a-i trata pe ceilalți așa cum se tem ei să fie tratați, ceea ce este frustrant pentru cei care doresc o relație intimă cu ei. În ședința comună de cuplu, clinicianul îi ajută pe ambii soți să vadă că fiecare dintre ei suferă de dificultăți care sunt similare, însă diferite, în egală măsură, de cele proprii și că, deși aceste dificultăți sunt sprijinite în relația de căsătorie, ele există și în mod independent de aceasta.

Terapia de cuplu a relațiilor schizoid-borderline poate necesita trimiterea unuia dintre parteneri în terapie individuală, utilizarea medicamentelor sau spitalizare. Tratamentul de cuplu pe termen lung este, de obicei, necesar în cazul în care scopul este sprijinirea separării și a autonomiei, satisfacția maritală sporită și armonia.

Medicația

În prezent, nu există medicație psihotropă specifică pentru tratarea persoanelor cu tulburare de personalitate schizoidă (Silk și Feurino, 2012). Deoarece unele studii controlate au indicat că antipsihoticele au fost utile în tratamentul tulburării de personalitate schizotipale (Koenigsberg, Woo-Ming și Siever, 2002), s-a sperat că aceste medicamente ar putea fi, de asemenea, utile în această tulburare. Din nefericire, această speranță nu a fost concretizată. Cu toate acestea, antipsihoticele sunt încă prescrise, dar e

460 probabil să fie utile doar dacă s-a observat o oarecare decompensare psihotică (Sperry, 1995b). În plus, există puține dovezi din cercetare care să ofere linii directive pentru utilizarea medicamentelor în această tulburare de personalitate (Silk și Feurino, 2012).

Abordări combinate/integrative ale tratamentului

Pacienții schizoizi tind să evite profesioniștii din domeniul sănătății mentale, la fel cum evită relațiile în general. Atunci când se prezintă pentru ajutor, adesea la îndemnul familiei, au tendința de a înceta prematur terapia după o perioadă scurtă de timp (Stone, 1989). Aceasta înseamnă că există doar o mică fereastră de oportunitate de a-i implica pe acești pacienți în procesul terapeutic. Combinarea modalităților de tratament și integrarea abordărilor de tratament pot facilita atât angajamentul față de tratament, cât și rezultatele pozitive ale tratamentului.

Gabbard (1994) pledează pentru combinarea terapiei dinamice de grup cu psihoterapia individuală dinamică, care este tratamentul de elecție pentru majoritatea pacienților schizoizi. Cu toate acestea, el avertizează că mulți dintre acești pacienți vor manifesta aversiune față de recomandarea pentru terapia de grup și chiar se vor simți trădați de terapeutul lor. De aceea, Gabbard sugerează că înainte de a se face trimiterea către grup, e necesar să fie explorate și perlaborate fantezmele despre experiența în grup. Stone (1989) recomandă, de asemenea, combinarea modalităților de grup și individuale. Cu toate acestea, el propune o abordare bazată pe dezvoltare, în care pacientul formează mai întâi o relație diadică stabilă cu clinicianul și apoi trece la terapia de grup, cu același clinician. În ambele cazuri, tratamentul combinat este concomitent.

461 Așa cum am menționat mai devreme, McCormack (1989) susține combinarea terapiei de cuplu cu terapia individuală, în special atunci când există un clivaj semnificativ și identificare proiectivă. Îmbinarea terapiei familiale și a terapiei individuale are avantaje, în special dacă pacientul schizoid este dependent financiar de familie și/ sau locuiește împreună cu familia. Familia poate influența foarte mult continuarea participării pacientului în tratamentul individual și / sau de grup.

Armstrong (2002) descrie trăsăturile de personalitate schizoidă în cazul abuzului de substanțe. El reia ideile altor autori, atunci când sugerează că aceștia sunt indivizi care doresc să relaționeze, dar a căror anxietate socială stă în calea acestui lucru. Abuzul de substanțe este una dintre modalitățile prin care acești indivizi se izolează în mod activ de ceilalți, în timp ce își medicamentează sentimentele intense. Pentru acești indivizi cu dublu diagnostic, poate fi utilă adăugarea unor tratamente care vizează schimbarea comportamentelor de utilizare a substanțelor, cum ar fi interviul motivațional.

Slavik et al. (1992) susțin atât combinarea modalităților de tratament, cât și integrarea abordărilor de tratament. Autorii indică utilitatea tratamentului individual și de grup, desfășurate în paralel. Este descris și modul în care o abordare adleriană poate fi integrată cu o abordare a teoriei relațiilor cu obiectul, cu antrenamentul abilităților sociale, hipnoza și psihodrama, în funcție de stilul, nevoile și așteptările pacientului. Acești autori consideră că tulburarea de personalitate schizoidă este eminemamente tratabilă, iar acești pacienți sunt în mare parte netratați, deoarece clinicienii nu au găsit modalități suficiente de a-i implica și de a-i încuraja în procesul de schimbare.

Tulburarea de personalitate schizotipală

Indivizii cu personalități schizotipale împărtășesc unele trăsături ale personalității schizoide. În plus, sunt definiți de un comportament excentric și un conținut aparte al gândirii. De obicei, ei descriu experiențe intrapsihice stranii, gândesc în moduri ciudate și neobișnuite și sunt dificil de abordat. Cu toate acestea, niciuna dintre aceste caracteristici nu atinge proporții psihotice. S-a sugerat că personalitatea schizotipală este una dintre tulburările spectrului schizofreniei, deoarece schizofrenia apare cu frecvență crescută în rândul membrilor familiei individului schizotipal (Kwapil și Barrantes-Vidal, 2012).

Capitolul de față descrie un cadru pentru evaluarea și tratamentul eficient al acestei tulburări. Sunt incluse secțiuni privind diagnosticarea, evaluarea psihologică, conceptualizarea de caz și intervențiile de tratament. Se începe cu informații de fond despre tulburare, precum și o descriere DSM-5 și o descriere prototip a tulburării. Secțiunea privind conceptualizarea de caz oferă cinci formulări clinice generale ale acestei tulburări: psihodinamică, biosocială, cognitiv-comportamentală, interpersonală și o conceptualizare integrativă a tulburării. De asemenea, sunt

descrie mai multe metode de tratament, modalități și strategii de intervenție. Printre acestea se numără psihoterapia individuală, terapia de grup, terapia de cuplu și de familie, medicația și tratamentul integrativ și combinat.

Descrierea tulburării de personalitate schizotipală

Tulburarea de personalitate schizotipală poate fi recunoscută cu ajutorul următorilor descriptori sau caracteristici: stil vs. tulburare, eveniment declanșator, stil comportamental, stil interpersonal, stil cognitiv, stil afectiv, stil de atașament și criteriul optim de diagnostic.

Stil vs. tulburare. Personalitatea schizotipală poate fi concepută ca acoperind un continuum de la sănătate la patologic, în care stilul de personalitate schizotipal se află la extrema sănătății, iar tulburarea de personalitate schizotipală se află la extrema patologiei. Tabelul 12.1 compară și diferențiază stilul de personalitate schizotipal de tulburarea de personalitate schizotipală.

TABELUL 12.1 Comparație între stilul de personalitate și tulburarea de personalitate schizotipală

Stilul de personalitate	Tulburarea de personalitate
Tind să fie în acord și susținuți de propriile emoții și credințe.	Ideii de referință; ideeație suspicioasă sau paranoidă; afect inadecvat sau restrâns.
Fini observatori ai celorlalți, sunt deosebit de sensibili față de modul în care aceștia reacționează față de ei.	Anxietate socială excesivă, de exemplu simt un disconfort extrem în situațiile sociale care implică persoane nefamiliare.

Tind să fie atrași de gândirea abstractă și speculativă.

Receptivi și interesați de ocultism, extrasenzorial și supranatural.

Tind să fie indiferenți față de convențiile sociale și duc un stil de viață interesant, ciudat și neobișnuit.

De obicei, sunt autonomi și independenți, având nevoie de puține relații apropiate.

Credințe ciudate sau gândire magică, comportament de influență și în dezacord cu normele culturale, de exemplu, credința în superstiții, clarviziune, telepatie sau „al șaselea simț”.

Experițe perceptive neobișnuite, de exemplu, iluzii corporale, simț prezența unei forțe sau a unei persoane care nu se află acolo în mod real (de exemplu, „Am simțit ca și cum mama mea decedată era în cameră cu mine”).

Comportament sau înfățișare bizare sau excentrice, de exemplu, neîngrijiți, manierism neobișnuit, vorbesc cu ei înșiși.

Nu are niciun prieten apropiat sau confident (sau numai unul), cu excepția rudelor de gradul întâi.

Următoarele două studii de caz exemplifică mai bine diferențele între tulburarea de personalitate schizotipală — dna R. — și stilul de personalitate schizotipal — dna S.

STUDIU DE CAZ: TULBURAREA DE PERSONALITATE SCHIZOTIPALĂ

Dna R. e o femeie necăsătorită, în vârstă de 41 de ani, care a fost trimisă la o clinică de sănătate mentală din comunitate de către mama ei, deoarece dna R. nu avea interese, prieteni sau activități exterioare și era considerată de vecini ca fiind o „ciudată”. Tatăl ei se pensionase recent și, din cauza unei pensii

mici, părinții se confruntau cu dificultăți financiare, întrucât dna R. locuise cu ei în ultimii opt ani după ce fusese concediată dintr-o slujbă de lucrător la bandă, unde lucrase aproximativ 10 ani. Pacienta a recunoscut rapid că prefera să fie singură, dar a negat că aceasta ar fi fost o problemă pentru ea. Considera că mama ei era îngrijorată pentru ceea ce i s-ar fi putut întâmpla după moartea părinților. Dna R. era copil unic, absolvise liceul cu note medii, dar, în perioada școlii, nu fusese niciodată implicată în activități extrașcolare. Nu fusese niciodată la întâlniri romantice și a menționat că avea o prietenă cu care nu mai vorbise de patru ani. De când se mutase înapoi cu părinții, rămăsese în camera ei, preocupată de cărți despre astrologie și calculându-și horoscopul. La examinare, se prezenta ca fiind o femeie alertă, oarecum ne-cooperantă, părând mai în vârstă decât vârsta declarată, cu păr și îmbrăcăminte ușor dezordonate. Discursul ei era monoton și lent. A menținut un contact vizual redus cu examinatorul. Gândirea îi era vagă și tangențială și și-a exprimat convingerea că soarta ei se afla scrisă în „stele”. A negat prezența delirurilor sau a vreunor anomalii perceptuale specifice. Afectul dnei R. a fost restrâns, cu excepția unui episod de furie, când a avut impresia că terapeutul a fost critic.

STUDIU DE CAZ: STILUL DE PERSONALITATE SCHIZOTIPALĂ

Dna S., în vârstă de 37 de ani, este editor de achiziții pentru o mare editură. Responsabilitatea sa principală este să examineze propunerile și manuscrisele de literatură științifico-fantastică și ocultă, pentru a determina dacă firma ei ar trebui să le publice. Își consideră slujba fascinantă și energizantă, mai ales de când

șeful ei i-a permis să lucreze de acasă, patru zile din cinci. Îi este foarte dificil să lucreze după un program tipic de la 9:00 la 17:00, deoarece preferă să doarmă ziua și să lucreze noaptea. Atunci când revizuieste un manuscris trimis, încearcă literalmente să se transpună în subiect, imaginându-se ca eroină a cărții și sporește efectul, îmbrăcându-se cu hainele potrivite, arzând tămâie și ascultând muzică de fundal adecvată. Se referă la Mark ca fiind „sufletul ei pereche”, mai degrabă decât iubitul ei. De fapt, nu au întâlniri romantice, deoarece el locuiește într-un alt oraș. Petrec însă ore întregi la telefon și-și „lasă spiritele să se întâlnească” în restul timpului. Ocazional, se întâlnesc la diverse conferințe pe teme științifico-fantastice, OZN și Star Trek.

Eveniment declanșator. Situația tipică, circumstanța sau evenimentul care, cel mai probabil, declanșează sau activează răspunsul caracteristic dezadaptativ al tulburării de personalitate schizotipală (Othmer și Othmer, 2002), după cum se observă în stilurile comportamental, interpersonal, cognitiv și afectiv, ține de „relații interpersonale apropiate”.

Stil comportamental. Din punct de vedere comportamental, schizotipalii se remarcă prin modul lor excentric, neregulat și bizar de funcționare. Discursul lor este deosebit de ciudat, fără a fi incoerent. Din punct de vedere profesional, sunt inadecvați, fie renunțând la locul de muncă, fie fiind concediați după scurt timp. De obicei, devin un fel de pierde-vară, trecând de la un loc de muncă la altul și de la un oraș la altul. Tind să evite responsabilitățile de durată, iar în acest proces pierd contactul cu sentimentul de proprietate socială.

Stil interpersonal. Din punct de vedere interpersonal, sunt singuratici, care au câțiva prieteni, dacă există și aceștia.

Activitățile lor solitare și izolarea socială pot fi rezultatul unei anxietăți sociale intense, care poate fi exprimată printr-o atitudine de reținere. Această atitudine reținută nu scade odată cu familiaritatea și este asociată cu trăsături paranoide, mai degrabă, decât cu autoevaluare negativă. Dacă sunt căsătoriți, stilul lor superficial și circumstanțial de relaționare duce, adeseori, la separare și divorț, într-o perioadă relativ scurtă de timp. Viețile lor tind să fie marginale, iar ei gravitează spre slujbe, care sunt sub capacitatea lor sau necesită puțină interacțiune cu ceilalți.

Stil cognitiv. Stilul cognitiv al schizotipalilor este descris ca fiind împrăștiat și ruminativ și este caracterizat prin derapaje cognitive. Sunt caracteristice manifestări ale credințelor în superstiții, în telepatie și fanteziile bizare. Acestea pot descrie vagi idei de referință și iluzii recurente ale unor experiențe de depersonalizare, derealizare, fără experiența delirului de referință sau a halucinațiilor auditive sau vizuale.

Stil afectiv. Stilul lor afectiv este descris ca fiind rece, distant și lipsit de emoții, cu afect restrâns. Pot fi indivizi fără umor și dificil de implicat în conversație, probabil, din cauza naturii lor generale, suspicioase și neîncrezătoare. În plus, sunt hipersensibili față de ofensele reale sau imaginate.

Stil de atașament. Persoanele cu o „percepție despre alții” negativă și o „percepție de sine” care oscilează între pozitiv și negativ prezintă un stil de atașament compozit temător-de desconsiderare. Ele tind să se perceapă pe sine ca fiind speciale și îndreptățite, dar sunt, de asemenea, atente la faptul că au nevoie de ceilalți, care au, însă, potențialul de a-i răni. În consecință, ele îi folosesc pe ceilalți pentru a-și satisface nevoile, fiind, totodată, precaute și respingându-i. Acest stil de atașament temător-de

468 desconsiderare este frecvent la persoanele cu tulburare de personalitate schizotipală.

Criteriul optim de diagnostic. Dintre diversele criterii de diagnostic pentru tulburarea de personalitate schizotipală, unul a fost identificat ca fiind cel mai util în diagnosticarea acestei tulburări. Convingerea este că, începând cu acest criteriu, clinicianul poate testa prezența sau absența criteriului și poate diagnostica mai repede tulburarea de personalitate (Allnutt și Links, 1996). „Criteriul optim” pentru această tulburare este: „gândire și limbaj bizare: comportament sau aspect excentric sau ciudat”.

Descrierea DSM-5

Persoanele cu această tulburare de personalitate se caracterizează printr-un tipar pervaziv de relații sociale și interpersonale deficitare, marcate de un disconfort acut și o capacitate redusă de a dezvolta relații apropiate, precum și prin distorsiuni perceptivă și comportament excentric. Ei au idei de referință, precum și credințe și o gândire neobișnuite, care le influențează comportamentul și sunt în dezacord cu normele culturale. De asemenea, au experiențe perceptivă neobișnuite, cum ar fi iluzii corporale, și gândire și limbaj bizare. Acești indivizi sunt predispuși la a fi suspicioși și a avea idei paranoide. Ei manifestă sentimente inadecvate sau limitate și un comportament care este bizar, ciudat sau excentric. Cu puține excepții, le lipsesc prietenii apropiați sau confidenții, cu excepția rudelor de gradul întâi. Când se află în jurul altora, se confruntă cu anxietate socială excesivă, care nu se reduce prin acomodarea la mediu și este asociată cu suspiciune și frici (American Psychiatric Association, 2016).

„Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate” oferă o altă descriere a acestei tulburări (American Psychiatric Association, 2016). Tulburarea de personalitate schizotipală este descrisă ca afectarea capacității de a avea relații și excentricități în percepție, gândire și comportament, asociate cu o imagine de sine distorsionată și obiective personale lipsite de coerență, la care se adaugă suspiciune și exprimare emoțională limitată. Sunt observate dificultăți caracteristice în ceea ce privește identitatea, autocontrolul, empatia și intimitatea, precum și un caracter suspicios, retragere, afect limitat, excentricitate, convingeri și trăiri neobișnuite sau disfuncții cognitive și perceptivă.

Descriere prototip

Un prototip este o scurtă descriere care surprinde esența modului în care o anumită tulburare se prezintă în mod obișnuit. Descrierile prototip sunt utile și convenabile, iar clinicienii se bazează în mod obișnuit pe ele, mai degrabă decât pe liste de criterii comportamentale sau convingeri fundamentale (Westen, 2012). Iată o descriere prototip obișnuită a tulburării de personalitate schizotipală: acești indivizi manifestă comportament și limbaj dezorganizate, precum și tocirea afectului, dar nu delirul și halucinațiile asociate diagnosticului de schizofrenie. Gândirea și comportamentul lor excentrice, convingerile stranii și experiențele perceptuale neobișnuite caracteristice, toate sunt sub pragul psihozei. Simptomele au un debut precoce și, de obicei, rămân stabile pe tot parcursul vieții. De asemenea, nu este neobișnuit ca acești indivizi să fie diagnosticați greșit ca având tulburarea Asperger.

Prevalența acestei tulburări a fost estimată între 0,6 și 4,6% în populația generală (American Psychiatric Association, 2016). În contexte clinice, este relativ rară, cu estimări între 0,6 și 9,1% (Torgersen, 2012).

Conceptualizări ale tulburării de personalitate schizotipală

Conceptualizări de caz psihodinamice

Gunderson (1988) admite că se știe prea puține despre dinamica tulburării de personalitate schizotipală. Gabbard (1990), printre alți scriitori de orientare psihanalitică, consideră că, cu excepția câtorva simptome sugestive pentru o formă atenuată a schizofreniei, personalitatea schizoidă și personalitatea schizotipală sunt inerent similare.

Pe de altă parte, Kellerman și Burry (1989) consideră că dinamicile celor două tulburări sunt destul de diferite. Ei clasifică tulburarea de personalitate schizoidă drept un tip de caracter controlat de emoție, alături de tulburările de personalitate paranoidă și obsesiv-compulsivă — în timp ce tulburarea de personalitate schizotipală este clasificată ca fiind un tip caracterial de evitare a emoțiilor, alături de tulburările de personalitate borderline și evitantă.

Kellerman și Burry consideră că, în copilăria timpurie, indivizii schizotipali au avut parte, probabil, de un contact coerent cu obiectele. Cu toate acestea, părinții lor nu au reușit să le asigure o suficientă apropiere emoțională și căldură și au fost, posibil, punitivi și critici. Probabil că acești factori

explică hipersensibilitatea socială, care servește drept apărare împotriva anxietății sociale intense observate la acești indivizi. Emoția este, în general, limitată, iar atunci când este exprimată tinde să fie necorespunzătoare. Acești indivizi folosesc, de obicei, o mare varietate de mecanisme de apărare, inclusiv proiecția pentru a-și externaliza frica și furia, preocuparea față de gândirea magică și intelectualizarea, pentru a reduce suprastimularea emoțională, precum și negarea isterică, pentru a elimina interacțiunile sociale indezirabile, cu scopul de a le raționaliza.

Conceptualizare de caz biosocială

Personalitatea schizotipală este văzută de Millon și Everly (1985) ca o continuare sindromală a tulburărilor de personalitate schizoidă și evitantă. Astfel, determinanții etiologici și de dezvoltare ai tulburării schizotipale vor fi asemănători cu cei din tulburările schizoidă și evitantă, dar cu intensitate sau cronicitate mai mare. Factorii biogenici din varianta schizotipală-schizoidă includ o predispoziție genetică, cel puțin așa s-a raportat într-un studiu (Torgerson, 1984). Millon și Everly sugerează că indivizii schizotipali-schizoizi au manifestat un tipar de reacție infantil pasiv, care probabil a inițiat o secvență de stimulare infantilă sărăcită și indiferența parentală ulterioară. În continuare, ei subliniază că o diminuare a sistemului reticulat ascendent activator de la nivelul sistemului limbic poate avea ca rezultat autostimularea și fantezia acestor indivizi. Din punct de vedere ecologic, un mediu familial rece și formal, combinat cu o comunicare parentală fragmentată interacționează, probabil, cu factorii biogeni, pentru a produce acest tipar și tulburare

de personalitate. Contextul indivizilor schizotipali-evitanți este întrucâtva diferit. Din punct de vedere genetic, acești indivizi au mai multe șanse să prezinte un temperament „dificil de entuziasmat” (Thomas și Chess, 1977). Acești indivizi tind să fie temători, tensionați și să nu se adapteze rapid la situații noi. Un astfel de comportament poate precipita tensiuni și denigrări parentale, ceea ce agravează, în continuare, acest temperament. Din punct de vedere social, de obicei, istoriile de dezvoltare ale acestor indivizi prezintă o devalorizare parentală, precum și umilințe din partea egalilor și a fraților, ceea ce duce la neîncredere interpersonală și la scăderea stimei de sine. Continuarea acestor atitudini denigratoare și umilitoare duce în cele din urmă la autocritică și autodenigrare.

Personalitatea schizotipală se perpetuează de la sine prin izolare socială, hiperprotecție și autoizolare. În timp ce izolarea socială și hiperprotecția au beneficii imediate, pe termen lung sunt contraproductive, deoarece, pe lângă încurajarea dependenței, îi privează pe acești indivizi de oportunitățile de a-și dezvolta abilități sociale. În plus, tendința lor spre retragerea în sine servește pentru a încuraja și perpetua în continuare spirala deteriorării cognitive și sociale, care caracterizează această tulburare (Millon și Davis, 1996).

Conceptualizări de caz cognitiv-comportamentale

Conform lui Beck (2015), indivizii cu personalitate schizotipală sunt bizari și diferiți de ceilalți. Există convingeri fundamentale, condiționale și instrumentale caracteristice observate la persoanele cu această tulburare. *Credința lor fundamentală* este că lumea este insensibilă, iar viața este plină de forțe puternice

care nu pot fi explicate. *Credința condițională* este că, dacă se apropie de oamenii normali, vor fi respinși; dacă alții îi văd ca fiind diferiți, vor fi lăsați în pace, iar dacă își folosesc darurile speciale, puterile îi vor proteja. *Credința lor instrumentală* este că a fi diferit aduce protecție. Subiacente acestor diverse convingeri sunt credințele acestor indivizi despre sine și despre lume. Ei tind să se perceapă pe ei ca fiind diferiți, speciali, înzestrați sau în acord cu supranaturalul. De obicei îi văd pe ceilalți ca fiind neprietenosi și ostili, nedemni de încredere și incapabili să le înțeleagă caracterul special. În consecință, strategia lor de bază este să-și cultive un aspect neobișnuit sau manierisme, să păstreze distanța față de ceilalți și să-și folosească propriile daruri speciale sau puterile magice pentru a se proteja (Renton și Mankiewicz, 2015).

Turkat (1990) descrie tulburarea de personalitate schizotipală din perspectivă comportamentală, dar nu este în măsură să ofere o formulare comportamentală pentru aceasta. În schimb, el observă că acești indivizi tind să fie destul de diverși în termeni de manifestare comportamentală. Acest lucru este în concordanță cu observația că personalitatea schizotipală este o decompensare fie a personalității evitante, fie a personalității schizoide (Millon și Davis, 2000; Millon și Everly, 1985).

Conceptualizări de caz interpersonale

Conform lui Benjamin (2003a), e probabil ca persoanele diagnosticate cu tulburare de personalitate schizotipală să fi avut părinți care i-au pedepsit pentru un limbaj, chipurile, necorespunzător, în timp ce părinții lor vorbeau la fel. Astfel, tatăl absent îl ceartă cu severitate pe copil că nu stă pe acasă. În

474 esență, un astfel de părinte a fost un exemplu pentru „citirea minții”, sugerând că, deși nu era prezent, el „cunoștea” ceva extrem de important despre copil. Consecința la maturitate a acestei modelări schizotipale este că individul imită acest model de „cunoaștere” prin mijloace speciale, cum ar fi telepatia, citirea gândurilor sau „al șaselea simț”. De asemenea, e probabil ca părinții să se fi bazat în mod nepotrivit pe copii pentru îndeplinirea sarcinilor casnice, cu amenințări și constrângeri nejustificate. Astfel, acești copii au învățat că un comportament adecvat și obediința ar putea duce la evitarea rezultatelor negative. Consecința la maturitate este tendința paradoxală de a se supune ritualurilor care aduc controlul. Abuzul sever, care implică, adesea, invazia limitelor personale ale acestor copii, este obișnuit. Mai mult, este, de asemenea, posibil ca părinții să fi impus injoncțiuni puternice împotriva părăsirii casei, pentru joaca cu ceilalți copii sau pentru alte motive. Astfel de interdicții au interferat cu dezvoltarea sentimentelor și abilităților sociale și au întărit izolarea socială, precum și fantasma și autismul. În sfârșit, există o teamă de a fi atacat și controlat de umilire. Acești indivizi sunt predispuși la o retragere ostilă și la autonegligare. În plus, ei cred că pot influența magic — de la distanță — circumstanțe și indivizi, prin telepatie sau ritual. Deși pot să fie conștienți de sentimentele lor agresive, de obicei le blochează.

Conceptualizări de caz integrative

Următoarea formulare integrativă oferă o explicație biopsihosocială pentru modul în care este probabil să se fi dezvoltat și menținut tulburarea de personalitate schizotipală. Deoarece această tulburare este o extensie sau o deteriorare sindromală

a tulburărilor de personalitate schizoidă sau evitantă (Millon, 1981), caracteristicile biologice și temperamentale ale ambelor subtipuri trebuie consultate. Subtipul schizoid al personalității schizotipale este caracterizat printr-un tipar infantil pasiv, rezultând, probabil, din reactivitatea scăzută a sistemului nervos autonom și din indiferența parentală, care a dus la o stimulare infantilă săracă. Pe de altă parte, subtipul evitant se caracterizează prin tiparul temperamentul infantil temător (Millon, 1981). Acest lucru a rezultat, probabil, din reactivitatea crescută a sistemului nervos autonom al copilului, alături de critica și lipsa de apreciere parentală, care au fost întărite în continuare de denigrarea din partea fraților și a copiilor de aceeași vârstă. S-a observat că ambele subtipuri ale personalității schizotipale au trasee oculare disfuncționale, caracteristică întâlnită și la indivizii cu schizofrenie.

Din punct de vedere psihologic, schizotipalii se văd pe ei înșiși, pe alții, lumea și scopul vieții în termenii următoarelor teme. Sunt înclinați să se perceapă prin varianta temei: „Sunt pe o lungime de undă diferită de a celorlalți”. Ei experimentează, adesea, sentimentul de a fi lipsiți de sine, adică se simt goi, înstrăinați și deconectați sau disociați de restul vieții. Viziunea lor asupra lumii este o variantă a temei „Viața este ciudată și neobișnuită, iar alții au intenții magice speciale”. Drept urmare, ei pot concluziona: „Prin urmare, rămâi precaut, dar, totodată, curios în legătură cu intențiile magice și speciale ale celorlalți”. Cel mai comun mecanism de apărare folosit de ei este anularea retroactivă, efortul de a neutraliza faptele și gândurile „rele”, prin credințele și acțiunile lor excentrice, specifice.

Din punct de vedere social, pentru tulburarea de personalitate schizotipală pot fi observate tipare predictibile de parentaj și

factori de mediu. Sunt observate tiparele de parentaj menționate anterior — indiferența rece a subtipului schizoid, precum și stilul de parentaj depreciativ și denigrator și mediul familial al subtipului evitant. În ambele cazuri, nivelul de funcționare în familia de origine va fi observat în tulburarea schizoidă de personalitate sau tulburarea de personalitate evitantă. Comunicările parentale fragmentate reprezintă o caracteristică comună pentru ambele subtipuri ale tulburării de personalitate schizotipală. E probabil că injoncțiunea parentală să fi fost: „Ești un ciudat” (Sperry, 2015; Sperry și Mosak, 1996).

Tabelul 12.2 rezumă caracteristicile acestei tulburări.

TABELUL 12.2 Caracteristicile tulburării de personalitate schizotipală

Eveniment(e) declanșator/oare	Relații interpersonale apropiate
Stil comportamental	Comportamente excentrice și bizare Limbaș straniu, dar nu incoerent Depersonalizare și/sau disociere
Stil interpersonal	Pot relaționa cu ceilalți cu interese la fel de neobișnuite Suspicioși față de ceilalți care nu aparțin grupului lor de persoane pe aceeași lungime de undă Indiferenți față de convențiile sociale
Stil cognitiv	Procesare a gândurilor tangențială și împrăștiată Gândire magică și superstiție
Stil afectiv	Afect inadecvat și limitat Hipersensibil
Temperament	Tipurile schizoide: tipar infantil pasiv Tipul evitant: tiparul infantil temător
Stil de atașament	Temător și de desconsiderare

Injoncțiuni parentale	„Ești un ciudat”
Percepția de sine	„Sunt pe o lungime de undă diferită de ceilalți.”
Percepția asupra lumii	„Viața este ciudată și neobișnuită, iar ceilalți au intenții speciale magice. Prin urmare, rămâi precaut, dar, totodată, curios”.
Scheme dezadaptative	Alienare; abandon; dependență; vulnerabilitate în fața răului
Criteriu optim de diagnostic	Gândire, limbaj, comportament sau înfățișare care sunt ciudate, excentrice sau bizare

Evaluarea tulburării de personalitate schizotipală

Mai multe surse de informație sunt utile în stabilirea unui plan de diagnostic și tratament pentru tulburările de personalitate. Observația, informațiile colaterale și testarea psihologică reprezintă componente importante ale autoevaluării pacientului din timpul interviului clinic. Această secțiune descrie succint câteva observații caracteristice pe care le face clinicianul, precum și natura relației care se poate dezvolta în întâlnirile inițiale cu indivizii cu tulburări de personalitate specifice. Sunt descrise, de asemenea, tiparele de răspuns caracteristic la diferite teste obiective (adică MMPI-2 și MCMI-IV) și teste proiective (adică Rorschach și TAT).

Comportamentul și raportul stabilit în interviu

Intervievarea indivizilor cu tulburare de personalitate schizotipală generează, de obicei, declarații surprinzătoare și idei ciudate. Raportul este împiedicat atâta timp cât ei simt că

478 clinicianul nu le poate aprecia experiențele. În măsura în care clinicianul este empatic și le arată că-i înțelege, vor fi mai dispuși să-și împărtășească lumea lor secretă și autistă. Spre deosebire de schizoizi, acești indivizi stabilesc raportul cu ușurință și, de obicei, sunt dispuși să răspundă la toate tipurile de întrebări. Clinicianul va trebui să solicite frecvent clarificarea impresiilor și a construcțiilor verbale. Ascultarea empatică alături de tehnicile de facilitare a comunicării sunt, de obicei, suficiente pentru a-i încuraja să-și explice experiențele. Pe de altă parte, întrebările pline de îndoială sau confruntarea opiniilor lor îi vor determina să se retragă. Persoanele mai inteligente cu această tulburare îi pot interoga pe clinicieni, dorind să știe dacă aceștia au avut experiențe similare cu ale lor. Gestionarea acestei situații este mai mult o chestiune de raport, decât o problemă de formulare mai eficientă a întrebărilor (Ackley et al., 2011; Othmer și Othmer, 2002).

Datele testărilor psihologice

Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI-2), Inventarul Clinic Multiaxial Millon (MCMI-IV), Testul de psihodiagnostic Rorschach și Testul Apercepției Tematice (TAT) pot fi utile în diagnosticarea tulburării de personalitate schizotipală, precum și a stilului sau trăsăturii personalității schizotipale.

La MMPI-2, codul 2-7-8 (Depresie-Psihastenie-Schizofrenie) este probabil în cazul acestor indivizi (Edell, 1987). E posibil ca și scalele F (Frecvența) și 0 (Introversia socială) să aibă scoruri ridicate (Graham, 2012).

La MCMI-IV, se pot aștepta creșteri pe scalele S (Schizotipal), 2A (Evitant), 7 (Compulsiv) și 8A (Negativist: pasiv agresiv) (Choca și Denburg, 1997; Millon et al., 2015).

La Rorschach, ne-am putea aștepta ca acești indivizi să răspundă la fel ca cei cu tulburare de personalitate schizoidă. Cu toate acestea, răspunsul indivizilor schizotipali este mai asemănător cu cel al schizofrenilor și al persoanelor cu tulburare de personalitate borderline, decât cu răspunsul indivizilor cu tulburare de personalitate schizoidă (Swiercinsky, 1985).

Abordări și intervenții de tratament

Considerații privind tratamentul

În diagnosticul diferențial al acestei tulburări sunt incluse alte trei tulburări de personalitate: schizoidă, evitantă și borderline. Cele mai frecvente tulburări de simptom asociate tulburării de personalitate schizotipală sunt schizofreniile, în special tipurile dezorganizate, catatonice și reziduale. Alte afecțiuni observate sunt tulburările de anxietate, tulburarea simptomului somatic și tulburările disociative.

Persoanele cu această tulburare consideră că este dificil să se implice și să rămână într-o relație psihoterapeutică. În mod obișnuit, ei iau medicație și pot fi luați în considerare pentru psihoterapie ca adjuvant. În consecință, tratamentul se concentrează mai degrabă pe „gestionare”, decât pe „tratament”. Astfel, în loc de a încerca restructurarea personalității, scopul realist al tratamentului pentru personalitatea schizotipală este creșterea capacității individului de a avea o funcționare constantă, chiar dacă la periferia societății. În mod special, managementul de succes va integra, cel mai probabil, antrenamentul psihoeducațional sau al abilităților sociale, prin metode psihoterapeutice suportive. Reid (1989) a observat că, dacă acești pacienți pot rămâne în tratament

pe termen lung, ei pot să-și amplifice capacitatea de a funcționa mai constant și mai puțin tulburat. Autorul menționează că grupele omogene pot fi, ocazional, un adjuvant util tratamentului individual. În ceea ce privește medicația, neurolepticele în doze mici s-au dovedit utile pentru personalitatea schizotipală, chiar și în absența unor trăsături psihotice. Totuși, trebuie remarcat faptul că, în cazul acestei tulburări, complianța față de tratamentul medicamentos reprezintă o problemă specială (Sperry, 2015).

Psihoterapia individuală

Abordările psihoterapiei psihodinamice

Persoanele cu tulburare de personalitate schizotipală tind să fie tratate mai degrabă în cabinete, clinici și în programe de spitalizare parțială, decât în condiții de spitalizare acută. În funcție de nivelul lor de funcționare și de disponibilitatea pentru tratament, acești indivizi pot beneficia de pe urma psihoterapiei de orientare dinamică, atât cea expresivă, cât și cea suportivă. Baza tratamentului dinamic nu este interpretarea conflictului, ci, mai degrabă, internalizarea unei relații terapeutice (Stone, 1985).

În esență, sarcina clinicianului este de a „topi” relațiile cu obiectul intern înghețate ale pacientului, oferind o experiență emoțională corectă. Stilul lor de relaționare este rezultatul inadecvării în relațiile timpurii cu figurile parentale. În consecință, acești pacienți trec prin viață distanțându-se de ceilalți. De aceea, terapia trebuie să ofere o nouă relație pentru a fi internalizată (Gabbard, 2000).

După cum au remarcat Perry, Presniak și Olson (2013), au existat relativ puține cercetări psihodinamice despre această

tulburare de personalitate. Ei au desfășurat un studiu care a evaluat mecanismele de apărare utilizate de persoanele cu diferite tulburări de personalitate, în timpul ședințelor de terapie înregistrate video. În cazul indivizilor schizotipali, a existat cea mai mică variație a mecanismelor de apărare dintre toate celelalte tulburări. Proiecția, clivajul, agresivitatea pasivă și devalorizarea au fost cele mai frecvente mijloace de apărare utilizate. Apărările specifice tulburării de personalitate schizotipale includ deplasarea și fantasmarea. Persoanele cu această tulburare preferă să interacționeze cu ceilalți în mod indirect. Din moment ce modalitatea lor de funcționare fundamentală este non-relațională, ei consideră că sarcina terapiei este foarte provocatoare și dificilă. Nu e de mirare că răspund acestei provocări prin tăcere și distanțare emoțională. Clinicienii trebuie să adopte o atitudine permisivă și plină de acceptare și trebuie să fie extrem de răbdători cu acești indivizi. Este mai util să înțelegem tăcerea drept o formă nonverbală de relaționare, mai degrabă decât ca rezistență la tratament. Ascultând cu cea de-„a treia ureche”, clinicianul poate afla multe despre acești pacienți. Prin identificare proiectivă, ei vor trezi anumite răspunsuri în interiorul clinicianului, răspunsuri care conțin informații diagnostice valoroase privind lumea interioară a pacientului (Gabbard, 1990). Gestionarea eficientă a problemelor de contratransfer este esențială în lucrul cu pacienții schizotipali. Acceptarea non-relaționării tăcute este ceva străin de predispoziția psihică și pregătirea clinicianului. De aceea, atunci când tăcerea se prelungește, clinicianul trebuie să se ferească de a pune în act și de a-și proiecta propriile reprezentări ale sinelui și obiectului în pacient. Acceptarea tăcerii și abținerea de la a o interpreta legitimează sinele nuclear, intim și necomunicativ al pacientului. S-ar putea ca aceasta să

482 fie singura tehnică viabilă pentru construirea unei alianțe terapeutice (Gabbard, 1990).

Terapia dinamică de lungă durată vs. terapia dinamică de scurtă durată. Deciziile cu privire la tipul și frecvența terapiei dinamice ar trebui să se bazeze pe nivelul de funcționare și motivație al pacientului și pregătirea acestuia pentru tratament. Pacienții schizotipali înalt funcționali care prezintă unele simptome depresive sau o anumită capacitate de empatie și căldură emoțională tind să aibă rezultate mai bune în psihoterapia dinamică (Stone, 1983). Similar, pacienții cu o funcționare mai bună a Eului în ceea ce privește judecata, testarea realității și derapajele cognitive tind să se descurce mai bine decât cei cu o funcționare a Eului mai redusă.

Acei pacienți care sunt foarte motivați pentru psihoterapia exploratorie pot obține câștiguri dramatice în tratamentul intens, de lungă durată, de două sau trei ședințe pe săptămână, pe parcursul mai multor ani. Pe de altă parte, psihoterapia suportivă pe termen lung este indicată pentru majoritatea pacienților schizotipali care prezintă deficiențe majore ale Eului și excentricități personale. Obiectivul unui astfel de tratament este ameliorarea funcționării adaptative în viața de zi cu zi (Stone, 1989). Pe baza principiilor psihodinamice, Mehlum et al. (1991) au descris un program de tratament pe termen lung, cu spitalizare parțială, pentru indivizii cu tulburare de personalitate schizotipală.

Terapia dinamică de scurtă durată este indicată pentru aspectele de criză și dificultățile situaționale legate de viața profesională sau personală. De asemenea, poate servi drept monitorizare a unei psihoterapii de lungă durată anterioare. Nu-i nicio surpriză că există câteva rapoarte de caz, privind tratamentul individual dinamic de scurtă durată ca intervenție curativă.

Abordările terapiei cognitiv-comportamentale

483

Stone (1989) arată că pentru pacienții schizotipali care aspiră să se „integreze” mai bine și să se simtă mai puțin alienați pot fi necesare experiențe corectoare. Astfel de experiențe ar putea include trimiterea la lecții de vorbit în public sau un curs marca Dale Carnegie sau însoțirea pacientului la un magazin de îmbrăcăminte, pentru a-l ajuta să-și selecteze îmbrăcămintea potrivită pentru un interviu de angajare. De asemenea, Stone consideră foarte util feedbackul înregistrărilor video, pentru a sublinia aerul ciudat al alurii sau gesturilor pacientului. Turkat (1990) sugerează că ar putea fi necesare și gestionarea anxietății și modificarea hipersensibilității și a hipervigilenței, în funcție de formularea cazului.

Beck et al. (2011) descriu abordarea terapiei cognitive în lucrul cu indivizii cu tulburare de personalitate schizotipală. Dezvoltarea unei relații de lucru bazată pe colaborare este punctul de plecare pentru tratamentul cu acești indivizi. Deoarece acești indivizi dețin o serie de credințe iraționale despre alții, importanța relației terapeutice nu trebuie subestimată. Întrucât acești indivizi își doresc relații sociale și trăiesc o stare de stres odată cu izolarea socială, sprijinirea lor în a-și dezvolta rețeaua de sprijin social reprezintă scopul inițial al tratamentului. Creșterea adecvării sociale este un obiectiv conex. Antrenamentul abilităților sociale, precum și modelarea de către terapeut a comportamentului și discursului adecvat reprezintă strategii eficiente. Alături de aceste strategii comportamentale, clinicianul lucrează în colaborare cu individul pentru a identifica gândurile automate și schemele care stau la baza interacțiunilor sociale. Exersarea prin joc de rol

a unui comportament mai adecvat are atunci o semnificație sporită.

Poate că cel mai important aspect al tratamentului îl constituie sprijinirea individului schizotipal să caute dovezi obiective în mediu pentru a-și evalua gândurile, în loc să se bazeze pe răspunsurile emoționale. În timp ce învață să ignore gândurile nepotrivite, ei devin capabili să ia în calcul consecințele pe care le-ar avea răspunsul emoțional sau comportamental la astfel de gânduri și să răspundă mai rațional. Gândurile excentrice și magice ale individului sunt percepute drept simptome și sunt exersate afirmații de coping, concepute anterior, precum: „O iau de la capăt. Chiar dacă am acest gând, nu înseamnă că este adevărat”. Pe lângă descoperirea ghidată și contestarea directă a credințelor dezadaptative, strategii indirecte cum ar fi încurajarea individului schizotipal să-și urmărească predicțiile și acuratețea acestora reprezintă o intervenție eficientă, dar mai puțin amenințătoare. În plus față de concentrarea asupra gândurilor și schemelor automate, sunt utile eforturile de schimbare a stilului cognitiv al schizotipalului. Dat fiind că tiparele de comunicare ale acestor indivizi tind să fie circumstanțiale și idiosincratice, pot fi puse la punct experimente în colaborare pentru a modifica acest stil. În plus, Beck et al. (1990) constată că pot fi realizate multe lucruri, cu condiția ca terapeutul să aibă așteptări realiste de tratament, iar lucrul în colaborare poate fi o experiență pozitivă, deoarece acești indivizi își pot controla secvențe de comportament și gânduri necorespunzătoare.

Freeman et al. (1990) nu sunt optimiști cu privire la tratamentul cognitiv al indivizilor schizotipali, ceea ce indică faptul că intervențiile comportamentale, cum ar fi antrenamentul competențelor sociale, sunt inițial utile. Abia după ce acești

indivizi pot fi mai adecvați din punct de vedere social — adică încep să acționeze mai mult ca personalitățile schizoide — gândurile automate și distorsiunile cognitive pot fi supuse metodelor cognitive.

Renton și Mankiewicz (2015) sunt de acord că stabilirea unei relații terapeutice bazate pe colaborare și încredere este crucială pentru tratamentul de succes al acestor indivizi. În mod obișnuit, ei solicită ajutor numai atunci când o anumită criză externă îi forțează să facă acest lucru. Adeseori, pacienții schizotipali nutresc suspiciuni în privința terapeutului, suspiciuni care pot include gândirea magică, cum ar fi că le va fi citită mintea împotriva voinței lor. Odată ce este stabilită încrederea, iar obiectivele terapeutice au fost identificate, se pot încerca o serie de intervenții cognitive. Dezvoltările conceptuale pot fi deosebit de utile pentru a-i ajuta pe indivizii schizotipali să înțeleagă cum evenimentele trecute le modelează credințele și regulile pe care le au în prezent despre lume. Cu toate acestea, acești indivizi se pot opune unei examinări mai profunde a originilor sistemului lor de credințe și, de obicei, întrerup terapia odată ce se obține ameliorarea simptomelor sau situația prezentă este rezolvată.

Terapia centrată pe scheme. Terapia centrată pe scheme reprezintă o extensie a terapiei cognitive, dezvoltată de Young (1994, 1999) special pentru tulburările de personalitate și alte probleme dificile, individuale și de cuplu. Terapia centrată pe scheme presupune identificarea schemelor dezadaptative și planificarea unor strategii și intervenții specifice. Cele patru strategii principale sunt: cognitivă, experiențială, comportamentală și relația terapeutică în sine. Restructurarea cognitivă, adică modificarea schemelor dezadaptative, este o strategie cognitivă importantă, fiind, însă, îmbinată cu exerciții de imagerie,

486 confruntare empatică, teme pentru acasă și „reparentaj limitat”, adică o formă de experiență emoțională corectoare (Young, 1999).

Scheme dezadaptative asociate, în mod obișnuit, cu tulburarea de personalitate schizotipală includ: *abandonul* — credința că partenerii de viață nu vor sau nu pot oferi un sprijin de încredere și stabil; *alienarea* — credința că individul trebuie să satisfacă nevoile celorlalți cu prețul propriei satisfacții; *vulnerabilitatea în fața răului* — frica exagerată că o catastrofă iminentă va lovi în orice moment și că individul nu va fi capabil să o împiedice; și *dependența* — credința că individul nu este în stare să gestioneze competent responsabilitățile cotidiene, fără ajutor considerabil din partea altora (Bernstein, 2002).

Abordările interpersonale

Conform lui Benjamin (2003a), intervențiile psihoterapeutice cu indivizi cu tulburare de personalitate schizotipală pot fi planificate și evaluate în funcție de capacitatea lor de a spori colaborarea, de a facilita învățarea despre tiparele dezadaptative și originile acestora, de a bloca aceste tipare, de a amplifica voința de schimbare și de a încuraja, în mod eficient, noile tipare.

Terapeutul facilitează colaborarea, supunându-se sensibilităților individului schizotipal. De exemplu, la începutul terapiei, terapeutul ar putea fi nevoit să fie destul de tolerant în ceea ce privește programările anulate și controlul pe parcursul ședințelor. Dacă nu li se permite să mențină distanța și controlul în acest mod, acești indivizi vor încheia rapid terapia. Treptat, terapeutul ar trebui să-i poată implica pe acești indivizi prin ascultare empatică, oglindire adecvată și constantă. Pe măsură

ce tratamentul avansează, ei pot dezvolta încredere și înțelegere suficiente pentru a renunța la controlul prin magie și ritual. Spre deosebire de părinți, clinicienii nu au ei înșiși nevoie de îngrijire. Și, spre deosebire de părinții schizotipalilor, terapeuții pot fi consecvenți în menținerea concentrării și atenției suportive. Prin urmare, o astfel de experiență este corectoare, din punct de vedere emoțional.

În cursul tratamentului, indivizii schizotipali trebuie să învețe că eforturile lor de a-și asuma responsabilitatea pentru situațiile abuzive, în care au fost neajutorați, i-au predispus la gândirea magică. Astfel de experiențe timpurii i-au făcut pe acești indivizi să presupună că au o putere și o influență nemăsurate. Apoi, sunt ajutați să recunoască când și cum distorsionează realitatea. În același timp, sunt învățați un nou tip de discurs interior care să-i poată ancora în aici-și-acum. Mai târziu, sunt ajutați să înțeleagă contribuția experiențelor și învățării timpurii la gândurile lor nerealiste. Cu toate acestea, pentru ca aceste schimbări de reconstrucție să aibă loc, acești indivizi trebuie să renunțe la dorința lor de a se proteja, în mod magic, pe ei și pe ceilalți, păstrându-și, totodată, loialitatea față de agresorii timpurii. De exemplu, interpretarea fantasmelor suicidare sau a altor fantasme asociate dorințelor profunde poate duce la o conștientizare mai completă, permițându-i individului ocazia unor noi alegeri. Oglindirea adecvată și empatia îi pot ajuta pe acești indivizi să-și mobilizeze voința de a se recupera și de a vizualiza modalități mai bune de a se privi pe sine, lumea și pe ceilalți. E necesar ca terapeutul să rămână prudent în cazul acestor persoane. Există un echilibru fragil între a-i permite pacientului să continue să participe la comportamente dezadaptative, pentru a-l menține în terapie și a bloca aceste comportamente atunci când ele apar,

488 pentru a susține schimbarea. Benjamin se îndoiește că vor avea loc schimbări majore ale tiparelor de învățare, considerând că această tulburare este mediată genetic.

Terapia de grup

Rapoartele clinice privind terapia de grup a pacienților schizotipali au fost limitate. Cu toate acestea, există suficiente indicații că acești pacienți pot beneficia de terapie suportivă de grup (Mehlum et al., 1991; Stone, 1989).

Un rezultat sau obiectiv rezonabil al terapiei de grup este creșterea gradului de conștientizare a faptului că și ceilalți au fantasme și atitudini autocritice asemănătoare cu cele ale schizotipalilor, iar ceilalți îi pot simpatiza, în ciuda convingerii lor că nu pot fi plăcuți. Terapia de grup poate avea un impact asupra tendințelor de alienare socială, precum atitudinea rezervată și ciudățeniile discursului. Un grup eterogen continuu poate fi în măsură să tolereze, întrucâtva, aceste tendințe. Însă, dincolo de limitele tolerabilității, aceste comportamente îl pot afecta atât pe pacient, cât și pe ceilalți membri ai grupului într-o asemenea măsură, încât procesul grupului terapeutic să fie încetinit. Evident, selecția adecvată a pacienților schizotipali care vor beneficia de pe urma participării într-un grup este o sarcină importantă a liderilor de grup (Stone, 1989).

Terapia de cuplu și de familie

Nu au apărut încă rapoarte clinice privind terapia de cuplu sau de familie cu pacienți schizotipali. În general, indivizii schizotipali tind să rămână celibatari. Din cauza sensibilității în

fața respingerii sau a insensibilității față de sentimentele altora, acești pacienți pot evita angajamentul în relații. Nu este surprinzător faptul că acei schizotipali care se căsătoresc tind să aibă probleme, care rezultă fie din insensibilitatea față de sentimentele partenerului lor, fie din hipersensibilitatea față de comportamentul partenerului. Prin urmare, în terapia de cuplu, prima sarcină a clinicianului este să evalueze gradul și echilibrul dintre aceste două tendințe. De obicei, este mai ușor să ajuți un partener hipersensibil să răspundă mai adecvat, decât să ajuți un partener insensibil să devină mai empatic (Stone, 1989).

Terapia de familie a fost identificată ca fiind o intervenție potențial benefică pentru adolescenții cu tulburare de personalitate schizoidă (Ryan, Macdonald și Walker, 2013). Din cauza simptomelor comune cu schizofrenia și alte tulburări de spectru schizofrenic, intervențiile de educație familială au fost adaptate la tulburarea de personalitate schizotipală, implicându-i pe membrii familiei pentru a sprijini recuperarea pacientului. Aceste intervenții includ educarea familiei privind tulburarea, identificarea semnelor de recidivă și elaborarea planurilor de acțiune, precum și antrenamentul în comunicare pentru a reduce stresul din cadrul familiei.

Medicația

În prezent, nu există medicație psihotropă specifică indicată pentru tratarea acestei tulburări de personalitate (Silk și Feurino, 2012). Cu toate acestea, se utilizează medicamente care vizează simptome specifice perturbatoare asociate cu tulburarea, cum ar fi depresia, anxietatea sau problemele de somn. În general, aceste medicamente sunt folosite ca adjuvant al psihoterapiei și

antrenamentului abilităților. Deoarece simptomele perturbatoare răspund adeseori la medicație mai rapid decât cele mai multe intervenții psihologice, medicamentele sunt, de obicei, prescrise la începutul tratamentului. Acestea includ doze reduse de neuroleptice, care pot fi utile în reducerea anxietății asociate cu pierderea controlului (Sperry, 1995b). Într-un studiu controlat și randomizat, Risperdal (risperidonă), un medicament antipsihotic, s-a dovedit a fi eficient în cazul acestei tulburări (Koenigsberg, Woo-Ming și Siever, 2002; Silk și Feurino, 2012).

Abordări combinate și integrative ale tratamentului

Probabil din cauza naturii debilitante a acestei tulburări, există o rezistență surprinzător de mică la combinarea medicației cu tratamentele psihologice și la adaptarea tratamentului. Liebowitz et al. (1986) propune inițierea terapiei individuale, concomitent cu medicația, acolo unde este indicat. Stone (1992) pledează pentru a începe cu medicația sau o intervenție comportamentală și a adăuga apoi o psihoterapie dimensională: o combinație de elemente suportive, exploratorii, cognitive și comportamentale care să se potrivească cu nevoile convergente și circumstanțele pacientului. Aceasta, desigur, reprezintă epitomul unui tratament integrat, adaptat.

Alți autori au susținut antrenamentul abilităților sociale ca adjuvant al psihoterapiei suportive (Liebowitz et al., 1986) sau combinarea terapiei de grup cu psihoterapia individuală de orientare dinamică (Gabbard, 1994). Mehlum et al. (1991) relatează despre combinarea mai multor modalități de tratament pentru pacienții cu tulburare de personalitate schizotipală și borderline: psihoterapie psihodinamică individuală, terapie de

grup, întâlniri în comunitate, terapie prin artă, terapie de grup de conștientizare și terapie prin mediu. Acest studiu prospectiv unic al unui program de tratament de zi a arătat că eficiența abordării combinate a tratamentului s-a păstrat, în medie, și trei ani mai târziu. Au fost observate schimbări majore în reducerea simptomelor. Cu toate acestea, adaptarea socială și găsierea unui loc de muncă nu au fost la fel de puternice precum în cazul pacienților borderline. Nathanson și Jamison (2011) prezintă studiul de caz al unui soldat infanterist american, în vârstă de 21 de ani, diagnosticat cu tulburare de personalitate schizotipală. Tratamentul său a presupus consolidarea selectivă a declarațiilor personale pozitive, antrenamentul abilităților sociale și reducerea anxietății, precum și intervenții farmacologice. Ryan, Macdonald și Walker (2013) observă că multe persoane cu tulburări de spectru schizofrenic abuzează, de asemenea, de canabis, ceea ce poate exacerba simptomele psihotice. Pentru a aborda această problemă, ei propun interviul motivațional ca opțiune eficientă.

Bibliografie

- Accordino, M.P., Keat II, D.B. și Guernsey, Jr., B.G. (2003). Using relationship enhancement therapy with an adolescent with serious mental illness and substance dependence. *Journal of Mental Health Counseling*, 25(2), pp. 152–164.
- Ackley, C., Mack, S., Beyer, K. și Erdberg, P. (2011). *Investigative and forensic interviewing: A personality focused approach*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Adler, A. (1956). Problems in psychotherapy. *American Journal of Individual Psychology*, 12, pp. 12–24.
- Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. și Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Akhtar, S. (1987). Schizoid personality disorder: A synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *American Journal of Psychotherapy*, 41, pp. 449–518.
- Alden, L. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, pp. 756–764.
- Alden, L. (1992). Cognitive-interpersonal treatment of avoidant personality disorder. În P. Keller, S. Heyman (coord.), *Innovations in clinical practice: A source book*. Vol. 11 (pp. 5–22). Sarasota, FL: Professional Resources Exchange.
- Alexander, J. și Parsons, B. (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 8, pp. 219–225.
- Allen, J., și Fonagy, P. (coor.) (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. New York, NY: Wiley.
- Allnutt, S., și Links, P. (1996). Diagnosing specific personality disorders and the optimal criteria. În P. Links (coord.), *Clinical assessment and management of severe personality disorders* (pp. 21–48). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Allport, G. (1991). *Structura și dezvoltarea personalității*. București: Editura Didactică și Pedagogică.
- Alonso, A. (1992). The shattered mirror: Treatment of a group of narcissistic patients. *Group*, 16, pp. 210–219.
- Alonso, A. și Rutan, J. (1984). The impact of object relations theory on psychodynamic group therapy. *American Journal of Psychiatry*, 141, pp. 1376–1380.
- American Psychiatric Association (2016). *DSM-5 Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mentale, ediția a 5-a*. Editura Medicală Callisto.
- Arntz, A. (2015). Borderline personality disorder. În *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). New York, NY: Guilford.
- Anderson, C. (1983). A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. În W. McFarlane (Ed). *Family therapy în schizophrenia* (pp. 99–116). New York, NY: Guilford.
- Appel, G. (1974). An approach to the treatment of schizoid phenomena. *Psychoanalytic Review*, 61, pp. 99–113.
- Armstrong, R. (2002). Schizoid phenomena in substance abusers. *Journal of Addictive Diseases*, 21(3), pp. 73–85.
- Azima, F. (1983). Group psychotherapy with personality disorders. În H. Kaplan și B. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy* (2nd ed., pp. 262–268). Baltimore: Wilkins și Wilkins.

- 494 Babiak, P., și Hare, R. (2007). *Snakes in suits: When psychopaths go to work*. New York, NY: Harper.
- Bailey, G. (1998). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Psychological Practice, 4*, pp. 51–59.
- Balint, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock.
- Balint, M., Ornstein, P., și Balint, E. (1972). *Focal psychotherapy*. London: Tavistock.
- Barber, J., Morse, J., Krakauer, I., Chittams, J., și Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorder following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy, 34*, pp. 133–143.
- Barlow, D., și Waddell, M. (1985). Agorophobia. În D. Barlow, (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step manual*. New York, NY: Guilford.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, pp. 147–178.
- Bartholomew, K., și Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, pp. 226–244.
- 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, 156*, pp. 1563–1569.
- Bateman, A., și Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry, 158*, pp. 36–42.
- Bateman, A., și Fonagy, P. (2007). *Mentalization based treatment: A practical guide*. New York, NY: Oxford University Press.

- Bateman, A., și Fonagy, P. (2009). Randomly controlled trial of outpatient mentalizing based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*, pp. 1355–1364.
- Bateman, A. și Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry, 9*(1), pp. 11–15.
- Beck, A. (2015). Theory of personality disorders. În A. Beck, D. Davis, și A. Freeman, A. (Eds.) *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed., pp. 19–62). New York, NY: Guilford.
- Beck, A. Davis, D. și Freeman, A. (coord.) (2015) *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). New York, NY: Guilford.
- Beck, A., Freeman, A. și colab. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: Guilford.
- Beck, A., Freeman, A., Davis, D. și colab (2011). *Terapia cognitivă a tulburărilor de personalitate*, editura ASCR, Cluj-Napoca.
- Behary, W., și Davis, D. (2015). Narcissistic personality disorder. În A. Beck, D. Davis, și A. Freeman, A. (coord.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed., pp. 299–324). New York, NY: Guilford.
- Beitman, B. (2003). *Integrating psychotherapy and pharmacotherapy: Dissolving the mind-brain barrier*. New York, NY: Norton.
- Beitman, B., și Yue, D. (1999). *Learning psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- Bellak, L. (1997). *The TAT, CAT and SAT in clinical use (6th ed.)*. Boston: Allyn și Bacon.
- Bellino, S., Rinaldi, C. și Bogetto, F. (2010). Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*, pp. 74–81.
- Bellino, S., Bozzatello, P. și Bogetto, F. (2015). Combined treatment of borderline personality disorder with interpersonal

- psychotherapy and pharmacotherapy: Predictors of response. *Psychiatry Research*, 226, pp. 284–288.
- Bender, D., Morey, L. și Skodol, A. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, Part I: A review of theory and methods, *Journal of Personality Assessment*, 93(4), pp. 332–346.
- Benjamin, L. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York, NY: Guilford.
- Benjamin, L. (2003a). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.
- Benjamin, L. (2003b). *Interpersonal reconstructive therapy: Promoting change in nonresponders*. New York, NY: Guilford.
- Benjamin, L. (2007). *Interpersonal reconstructive therapy: An integrative, personality-based treatment for complex cases*. New York, NY: Guilford.
- Berger, P. (1987). Pharmacologic treatment for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, pp. 277–284.
- Berkowitz, D. (1985). Self-object needs and marital disharmony. *Psychoanalytic Review*, 72, pp. 229–237.
- Berkowitz, D., Shapiro, R., Zinner, J. și Shapiro, H. (1974). Concurrent family treatment of narcissistic disorders in adolescents. *International Journal of Psychoanalysis*, 3, pp. 371–396.
- Berman, E. (1983). The treatment of troubled couples. În L. Grinspoon (coord.), *Psychiatric Updates*, Vol. 2. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bernstein, D. (2002). Cognitive therapy of personality disorders in patients with histories of emotional abuse or neglect. *Psychiatric Annals*, 32, pp. 618–628.
- Binder, J. (1979). Treatment of narcissistic problems în time-limited psychotherapy. *Psychiatric Quarterly*, 51, pp. 257–270.
- Black, D., Zanarini, M., Romine, A., Shaw, M., Allen, J., și Schulz, S. (2014). Comparison of low and moderate doses of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 171, pp. 1174–1182.
- Blocher, D. (1974). *Developmental counseling*. New York, NY: Wiley.
- Blocher, D. (2000). *Counseling: A developmental approach (4th ed.)*. New York, NY: Wiley.
- Bogdanoff, M. și Elbaum, P. (1978). Role lock: Dealing with monopolizers, isolates, helpful hannahs, and other associated characters in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 28, pp. 247–281.
- Bonime, W. (1959). The pursuit of anxiety-laden areas in therapy of the schizoid patient. *Psychiatry*, 22, pp. 239–244.
- Bornstein, R. (2012). Dependent personality disorder. În T. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 505–526). New York, NY: Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2, Separation*. New York, NY: Basic Books.
- Brauer, L., și Reinecke, M. (2015). Dependent personality disorder. În A. Beck, D. Davis și A. Freeman (coord.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). New York, NY: Guilford.
- Brennan, K., și Shaver, P. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connection to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66, pp. 835–878.
- Brown, E., Heimberg, R., și Juster, H. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effects of severity of social phobia impairment and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, pp. 467–486.
- Buie, D. și Adler, G. (1982). The definitive treatment of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, pp. 51–87.
- Caligor, E., Levy, K. și Yeomans, F. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172, pp. 415–422.

- Carlson, J. (2006). *Psychotherapy over time* [DVD]. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cass, D., Silvers, F. și Abrams, G. (1972). Behavioral group treatment of hysterics. *Archives of General Psychiatry*, 26, pp. 42–50.
- Chessick, R. (1982). Intensive psychotherapy of a borderline patient. *Archives of General Psychiatry*, 39, pp. 413–419.
- Chessick, R. (1985). *Psychology of the self and the treatment of narcissism*. New York, NY: Jason Aronson.
- Choca, J. și Denburg, E. (1997). *Interpretative guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chodoff, P. (1989). Histrionic personality disorder. În T. Karasu (Ed.), *Treatment of psychiatric disorders* (pp. 2727–2735). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Clarkin, J., Cain, N. și Livesley, J. (2015). An integrated approach to patients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25, pp. 3–12.
- Clarkin, J., Foelsch, P., Levy, K., Hull, J., Delaney, J. și Kernberg, O. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavior change. *Journal of Personality Disorders*, 15, pp. 487–495.
- Clarkin, J., Marziali, E. și Munroe-Blum, H. (1991). Group and family treatment of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, pp. 1038–1043.
- Clarkin, J., Yeomans, F. și Kernberg, O. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Clinical Psychiatry News. (1991). Better personality disorders therapies foreseen. *Clinical Psychiatry News*, September, p. 26.
- Cloninger, C. (2004). *Feeling good: The science of well-being*. New York, NY: Oxford University Press.

- Cortright, B. (1997). *Psychotherapy and spirit*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Costa, P. și McCrae, R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, pp. 362–371.
- Costello, C. (coord.). (1996). *Personality characteristics of the personality disordered*. New York, NY: Wiley.
- Cramer Azima, F. (1983). Group psychotherapy with personality disorders. În H. Kaplan și B. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Crits-Christoph, P. și Barber, J. (2002). Psychological treatment for personality disorders. În P. Nathan și J. Gorman (coord.), *A guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 611–624). New York, NY: Oxford Press.
- Davidson, K., Halford, J., Kirkwood, L., Newton-Howes, G., Sharp, M. și Tata, P. (2010). CBT for violent men with antisocial personality disorder: Reflections on the experience of carrying out therapy in MASCOT, a pilot randomized controlled trial. *Personality and Mental Health*, 4, pp. 86–95.
- Davidson, K., Tyrer, P., Tata, P., Cooke, D., Gumley, A., Ford, I. et al. (2009). Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: An exploratory randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 39, pp. 569–577.
- Day, M. și Semrad, E. (1971). Group therapy with neurotics and psychotics. În H. Kaplan și B. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy* (pp. 566–580). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Diamond, R. (2009). *Instant psychopharmacology* (3rd ed.). New York, NY: W.W. Norton.
- Dick, B.M. și Wooff, K. (1986). An evaluation of a time-limited programme of dynamic group psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 148(2), pp. 159–164.

- 500 Dimaggio, G., Catania, D., Salvatore, G., Carcione, A. și Nicolo, G. (2006). Psychotherapy of paranoid personality disorder from the perspective of dialogical self-theory. *Counseling Psychology Quarterly*, 19, pp. 69–87.
- Dimaggio, G., D'Urzo, M., Pasinetti, M., Salvatore, G., Lysaker, P.H., Catania, D. și Popolo, R. (2015). Metacognitive interpersonal therapy for co-occurrent avoidant personality disorder and substance abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), pp. 157–166.
- Dolan, M., și Park, I. (2002). The neuropsychology of antisocial personality disorder. *Psychological Medicine*, 32, pp. 417–427.
- Dorfman, W.I. (2000). Histrionic personality disorder. În H.E. Hersen și M. Biaggio (coord.), *Effective brief therapies: A clinician's guide* (pp. 355–370). San Diego, CA: Academic Press.
- Driscoll, K., Cukrowicz, K., Reardon, M., și Joiner, T. (2004). *Simple treatments for complex problems: A flexible cognitive behavior analysis system approach to psychotherapy*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Edell, W. (1987). Relationship of borderline syndrome disorders to early schizophrenia on the MMPI. *Journal of Clinical Psychology*, 43, pp. 163–174.
- Eells, T. (2007). Comparing the methods. Where is the common ground? În T. Eells (coord.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed., pp. 412–432). New York, NY: Guilford.
- Eells, T. (2010). The unfolding case formulation: The interplay of description and inference. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(4), pp. 225–254.
- Eikenaes, I., Gude, T. și Hoffart, A. (2006). Integrated wilderness therapy for avoidant personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, pp. 275–281.
- Ekleberry, S. (2014). *Treating co-occurring disorders: A handbook for mental health and substance abuse professionals*. New York, NY: Routledge.
- Epstein, L. (1984). An interpersonal-object relations perspective working with destructive aggression. *Contemporary Psychoanalysis*, 20, pp. 651–662.
- Erdman, P., și Caffery, T. (coord.). (2003). *Attachment and family systems: Conceptual, empirical and therapeutic relatedness*. New York, NY: Brunner/Routledge.
- Eskedal, G. și Demetri, J. (2006). Etiology and treatment of cluster C personality disorders. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, pp. 1–18.
- Everett, S., Halperin, S., Volgy, S. și Wissler, A. (1989). *Treating the borderline family: A systematic approach*. Boston: Allyn și Bacon.
- Exner, J. (1986). *The Rorschach: A comprehensive system* (2nd ed.). New York, NY: John Wiley.
- Fairburn, W. (1954). *An object-relations theory of the personality*. New York, NY: Basic Books.
- Fawcett, J. (2002). Schemas or traits and states: Top down or bottom up? *Psychiatric Annals*, 32, p. 567.
- Fay, A. și Lazarus, A. (1993). Cognitive-behavior group therapy. În A. Alonso și H. Willer (coord.), *Group therapy in clinical practice* (pp. 449–469). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fenichel, O. (1945). *Teoria psihanalitică a nevrozelor*. Ed. Trei, 2013.
- Fernandez, S. (2010). Complex case Carmen: Histrionic personality disorder and psychotherapy. *Personality and Mental Health*, 4, pp. 146–152.
- Fernando, J. (1998). The etiology of the narcissistic personality disorder. *Psychoanalytic Study of the Child*, 53, pp. 141–158.
- Fernbach, B., Winstead, B. și Derlega, V. (1989). Sex differences in diagnosis and treatment recommendations for antisocial personality and somatization disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(3), pp. 238–255.
- Finn, B., și Shakir, S. (1990). Intensive group psychotherapy of borderline patients, *Group*, 14, pp. 99–110.

- 502 Fiore, D., Dimaggio, G., Giuseppe, N., Semerari, A. și Carcione, A. (2008). Metacognitive interpersonal therapy in a case of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders. *Journal of Clinical Psychology: in Session*, 64, pp. 168–180.
- Flegenheimer, W. (1982). *Techniques of brief therapy*. New York, NY: Jason Aronson.
- Fossatti, A., Madeddu, F. și Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders*, 13, pp. 2268–2280.
- Fraiberg, S. (1969). Libidinal object constancy and mental representation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, pp. 9–47.
- Frances, A. (2013). *Essentials of psychiatric diagnosis: Responding to the challenge of DSM-5 (rev. ed.)*. New York, NY: Guilford.
- Frances, A., Clarkin, J. și Perry, S. (1984). *Differential therapeutics in psychiatry: The art and science of treatment selection*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. și Simon, K. (1990). *Clinical application of cognitive therapy*. New York, NY: Plenum.
- Freud, S. (1914/2017). Pentru a introduce narcisismul. *Psihologia inconștientului — Opere esențiale*, Vol. 3. București: Editura Trei.
- Gabbard, G. (1989). On „doing nothing” in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, pp. 527–534.
- Gabbard, G. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice (3rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gamache, D. și Diguier, L. (2012). The film enthusiast: Reflections on the treatment of schizoid personality disorder. *Mental Health in Quebec*, 37, pp. 135–155.
- Gilbert, S. și Gordon, K. (2012). Interpersonal psychotherapy informed treatment for avoidant personality disorder with subsequent depression. *Clinical Case Studies*, 12, pp. 111–127.
- Gilles, G. și Wienclaw, R. (2008). Schizoid personality disorder. În L. Fundukian și J. Wilson (coord.), *The Gale encyclopaedia of mental health (2nd ed., pp. 990–993)*. Farmington Hills, MI: The Gale Group.
- Glantz, K. și Goisman, R. (1990). Relaxation and merging in the treatment of personality disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 44, pp. 405–413.
- Glueck, S., și Glueck, E. (1950). *Unravelling juvenile delinquency*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goldberg, A. (1973). Psychotherapy of narcissistic injuries. *Archives of General Psychiatry*, 28, pp. 722–726.
- Goldberg, A. (1989). Self-psychology and the narcissistic personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, pp. 731–739.
- Graham, J. (2012). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology (5th ed.)*. New York, NY: Oxford University Press.
- Graybar, S. și Boutilier, L. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39(2), 152–162.
- Greist, J., și Jefferson, J. (1992). *Panic disorder and agoraphobia: A guide*. Madison, WI: Anxiety Disorders Center and Information Centers.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of Psychological Assessment (5th ed.)*. New York, NY: Wiley.
- Grotjahn, M. (1984). The narcissistic person in analytic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, pp. 299–318.

- Guerney, B. (1977). *Relationship enhancement: Skill-training programs for therapy, problem prevention, and enrichment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Guidano, V. și Liotti G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Gunderson, J. (1986). Pharmacotherapy for patients with borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, pp. 698–700.
- Gunderson, J. (1988). Personality disorders. În A. Nicholi (Ed.), *The new Harvard guide to psychiatry* (pp. 337–357). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gunderson, J., (1989). Borderline personality disorder. În T. Karasu (Ed.), *Treatments of Psychiatric Disorders* (pp. 2749–2758). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. (1996). Introduction to section IV: Personality disorders. În T. Widiger, A. Frances, H. Pincus, R. Ross, M. First, W. Davis et al. coord.), *DSM IV Sourcebook* (pp. 647–664). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Gurman, A. și Kniskern, D. (1981). Family therapy outcomes research: Known and unknown. În A. Gorman și D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp 742–776). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Haley, J. (1978). *Problem solving therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Haley, J. și Hoffman, L. (1976). *Techniques of family therapy*. New York, NY: Basic Books.
- Halleck, S. (1978). *The treatment of emotional disorders*. New York, NY: Jason Aronson.
- Harbir, H. (1981). Family therapy with personality disorders. În J. Lion (coord.), *Personality disorders: Diagnosis and management* (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hare, R., Neumann, C. și Widiger, T. (2012). Psychopathy. În T. Widiger (coord.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 478–504). New York, NY: Oxford University Press.

- Harman, M. și Waldo, M. (2001). Family treatment of borderline personality disorder through relationship enhancement therapy. În M. MacFarlane (coord.), *Family therapy and mental health: Innovations in theory and practice* (pp. 215–235). Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Harper, R. (2004). *Personality-guided therapy in behavioral medicine*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Harris, G. și Rice, M. (2006). Treatment of psychopathy: A review of empirical findings. În C. Patrick (coord.), *Handbook of psychopathy* (pp. 555–572), New York, NY: Guilford.
- Harwood, I. (1992). Advances in group psychotherapy and self-psychology: An interobjective approach with narcissistic and borderline patients. *Group*, 16, pp. 220–232.
- Hatchett, G. (2015). Treatment guidelines for clients with antisocial personality disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 37(1), pp. 15–27.
- Havens, J., Cornelius, L., Ricketts, E., Latkin, C., Bishai, D., Lloyd, J. et al. (2007). The effect of a case management intervention on drug treatment entry among treatment seeking injection drug users with and without comorbid antisocial personality disorder. *Journal of Urban Health*, 84(2), pp. 267–271.
- Havens, L. (1976). Discussion: How long the Tower of Babel? *Proceedings of American Psychopathological Association*, 64, pp. 62–73.
- Hayes, S., Follette, V. și Linehan, M. (coord). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, NY: Guilford.
- Hazan, C. și Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp. 511–524.
- Hend, S., Baker, J. și Williamson, D. (1991). Family environment characteristics and dependent personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5, pp. 256–263.

- 506 Hill, D. (1970). Outpatient management of passive dependent women. *Hospital and Community Psychiatry*, 21, pp. 402–405.
- Hoch, J., O'Reilly, R. și Carscadden, J. (2006). Relationship management therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 57(2), pp. 179–181.
- Hopwood, C. și Thomas, K. (2012). Paranoid and Schizoid Personality Disorders. În T. Widiger (coord.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 582–602). New York, NY: Oxford University Press.
- Horowitz, L. (1977). Group psychotherapy of the borderline. În P. Hartocollis (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 399–422). New York, NY: International Universities Press.
- Horowitz, L. (1980). Group psychotherapy for borderline and narcissistic patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 4, pp. 181–200.
- Horowitz, L. (1987). Indications for group psychotherapy with borderline and narcissistic patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, pp. 248–318.
- Horowitz, L. (1997). Psychotherapy of histrionic personality disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6(2), pp. 93–107.
- Horowitz, M. (1988). *Introduction to psychodynamics: A new synthesis*. New York, NY: Basic Books.
- Horowitz, M. și Lerner, U. (2010). Treatment of Histrionic Personality Disorder. În J. F. Clarkin, P. Fonagy, și G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (pp. 289–309). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Horowitz, M., Marmar, C., Krupnick, J., Wilner, N., Kaltreider, N. și Wallerstein, R. (1984). *Personality styles and brief psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Hulse, W. (1958). Psychotherapy with ambulatory schizophrenic patients in mixed analytic groups. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, pp. 681–687.
- Imbesi, E. (2000). On the etiology of narcissistic personality disorder. *Issues in Psychoanalytic Psychology*, 22(2), pp. 3–58.
- Jenike, M., Baer, L. și Minichiello, W. (1998). *Obsessive-compulsive disorders: Theory and management* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Jones, S. (1987). Family therapy with borderline and narcissistic patients. *Bulletin of the Menninger Foundation*, 51, pp. 285–295.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, J., Peterson, L., Fletcher, K., Ebert, L. et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 936–943.
- Kagan, J., Resnick, J. și Snidman, N. (1988). Biological basis of childhood shyness. *Science*, 240, pp. 167–171.
- Kalojera, I., Jacobson, G., Hoffman, G., Hoffman, P., Raffe, I., White, H. și Leonard White, L. (1998). The narcissistic couple. În J. Carlson și L. Sperry (Eds.), *The disordered couple* (pp. 207–238). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Kantor, M. (1992). *Diagnosis and treatment of the personality disorders*. St. Louis, MO: Ishiyaku EuroAmerica.
- Kavaler-Adler, S. (2004). Anatomy of regret: A developmental view of the depressive position and a critical turn toward love and creativity in the transforming schizoid personality. *American Journal of Psychoanalysis*, 64(1), pp. 39–76.
- Keller, M., McCullough, J., Klein, D., Arno, B. et al. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral analysis system or psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, pp. 1462–1470.
- Kellerman, H. și Burry, A. (1989). *Psychopathology and differential diagnosis: Vol. 2, Diagnostic primer*. New York, NY: Columbia University Press.
- Kellett, S. (2007). A time series evaluation of the treatment of histrionic personality disorder with cognitive analytic therapy.

Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80(3), pp. 389–405.

Kellett, S. și Hardy, G. (2014). Treatment of Paranoid Personality Disorder with cognitive analytic therapy: A mixed methods single case experimental design. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), pp. 452–464.

Kellner, R. (1986). Personality disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 46(1–2), pp. 58–66.

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, NY: Jason Aronson.

Kernberg, O. (2014). *Tulburări grave ale personalității: Strategii psihoterapeutice*. București, Editura Trei.

Kernberg, O. (2010). Narcissistic personality disorder. În J. Clarkin, P. Fonagy și G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (pp. 289–309). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Khan, M. (1975). Grudge and the hysteric. *International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy*, 4, pp. 349–357.

Klein, R. (1989a). Diagnosis and treatment of the lower-level borderline patient. În J. Masterson și R. Klein (Eds.), *Psychotherapy of disorders of the self* (pp. 147–168). New York, NY: Brunner/Mazel.

Klein, R. (1989b). Shorter-term psychotherapy of the personality disorders. În J. Masterson și R. Klein (Eds.), *Psychotherapy of disorders of the self* (pp. 90–109). New York, NY: Brunner/Mazel.

Koenigsberg, H. (1993). Combining psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of borderline patients. În J. Oldham, M. Riba, și A. Tasman. (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 12 (pp. 541–564). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Koenigsberg, H., Woo-Ming, A. și Siever, L. (2002). Pharmacological treatment for personality disorders. În P. Nathan și J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 625–641). New York, NY: Oxford University Press.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York, NY: International Universities Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press.

Kristeller, J. și Hallet, B. (1999). An exploratory study of meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), pp. 357–363.

Kwapil, T. și Barrantes-Vidal, N. (2012). Schizotypal personality disorder: An integrative review. În T. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 437–477). New York, NY: Oxford University Press.

Kyrios, M. (1999). A cognitive-behavioral approach to the understanding and of obsessive-compulsive personality disorder. În C. Perris și P. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders* (pp. 351–378). New York, NY: Wiley.

Lachar, D. (1974). *The MMPI: Clinical assessment and automated interpretation*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Lachkar, J. (1986). Narcissistic/borderline couples: Implications for medication. *Conciliation Courts Review*, 24, pp. 31–38.

Lachkar, J. (1992). *The narcissistic/borderline couple: A psychoanalytic perspective on marital treatment*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Lachkar, J. (1999). Narcissistic/borderline couples: A psychodynamic approach to conjoint treatment. În J. Carlson și L. Sperry (Eds.), *The disordered couple* (pp. 259–284). New York, NY: Brunner/Mazel.

Landucci, J. și Foley, G. (2014). Couples therapy: Treating selected personality-disordered couples within a dynamic therapy framework. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11(3–4), pp. 29–36.

Lasch, C. (1991). *The culture of narcissism*. New York, NY: Norton.

Lazarus, A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York, NY: McGraw-Hill.

Lazarus, A. (Ed.). (1985). *Casebook of multimodal therapy*. New York, NY: Guilford.

- Lazarus, L. (1982). Brief psychotherapy of narcissistic disturbances. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, pp. 228–236.
- Leszcz, M. (1989). Group psychotherapy of the characterologically difficult patient. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39, pp. 311–335.
- Levy, K. (2012). Subtypes, dimensions, levels, and mental states in narcissism and narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68, pp. 886–897.
- Liberman, R. P., DeRisi, W. J. și Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Oxford: Pergamon Press.
- Liebowitz, M. și Klein, D. (1981). Interrelationship of hysteroid dysphoria and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, pp. 67–87.
- Liebowitz, M., Stone, M. și Turkat, I. (1986). Treatment of personality disorders. În A. Frances și R. Hales (Eds.), *Psychiatric Update, American Psychiatric Association, Annual Review, Vol. 5* (pp. 356–393). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Linehan, M. (1983). *Dialectical behavior therapy for treatment of parasuicidal women: Treatment manual*. Seattle, WA: University of Washington.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, pp. 328–333.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford.
- Linehan, M. (1994). Acceptance and change. The central dialectic in psychotherapy. În S. Hayes, N. Jacobson, V. Follette și M. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 73–86). Reno, NV: Context Press.
- Linehan, M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. și Heard, H. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically

parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), pp. 1060–1064.

- Linehan, M., Heard, H. și Armstrong, H. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 50(12), pp. 971–974.
- Linehan, M., Dimeff, L., Reynolds, S., Comtois, K., Welch, S., Heagerty, P. și Kivlahan, D. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug și Alcohol Dependence*, 67, pp. 13–26.
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H. ... și Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), pp. 757–766.
- Links, P., Stockwell, M. și MacFarlane, M. (2004a). Indications for couple therapy: The paradox of the histrionic/obsessive-compulsive couple. *Journal of Family Psychotherapy*, 15(4), pp. 73–88.
- Links, P., Stockwell, M. și MacFarlane, M. (2004b). Is couple's therapy indicated for patients with dependent personality disorder? *Journal of Family Psychotherapy*, 15(3), pp. 63–79.
- Livesley, W. J. (2012). Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(1), pp. 17–42.
- Luborsky, L. și Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method*. New York, NY: Basic Books.
- Lyddon, W. și Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling and Development*, 79(4), pp. 405–414.
- Lynch, T. și Cuper, P. (2012). Dialectical behavior therapy of borderline and other personality disorders. În T. Widiger (Ed.), *The Oxford*

- handbook of personality disorders* (pp. 785–793). New York, NY: Oxford University Press.
- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N. și Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, pp. 181–205.
- Mackinnon, R. și Michels, R. (1971). *The psychiatric interview in clinical practice*. Philadelphia: Saunders.
- Main, M., Goldwyn, R. și Hesse, E. (1998). Adult attachment scoring and classification system. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Main, M. și Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/ disoriented during the Ainsworth Strange Situation. În M. T. Greenberg, D. Cicchetti și E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years* (pp. 121–160). Chicago, University of Chicago Press.
- Malan, D. (1976). *The frontier of brief psychotherapy*. New York, NY: Plenum.
- Malancharuvil, J. (2012). Empathy deficit in antisocial personality disorder: A psychodynamic formulation. *American Journal of Psychoanalysis*, 72(3), pp. 242–250.
- Malinow, K. (1981). Dependent personality. În J. Lion (Ed.), *Personality disorders: Diagnosis and management* (2nd ed., pp. 79–91). Baltimore: Williams și Wilkins.
- Manduchi, K. și Schoendorff, B. (2012). First steps in FAP: Experiences of beginning Functional Analytic Psychotherapy therapist with an obsessive-compulsive personality disorder client. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), p. 72.
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mann, J. (1984). Time-limited psychotherapy. În L. Grinspoon (Ed.), *Psychiatry Update, Vol. 3*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Markowitz, J., Bleiberg, K., Pessin, H. și Skodol, A. (2007). Adapting interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, pp. 103–116.
- Marlatt, G. (1994). Addiction, mindfulness and acceptance. În S. Hayes, N. Jacobson, V. Follette și M. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 175–197). Reno, NV: Context Press.
- Marlatt, G. și Kristeller, J. (1999). Mindfulness and meditation. În W. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 67–84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Marmar, C. și Freeman, M. (1988). Brief dynamic psychotherapy of post-traumatic stress disorders: Management of narcissistic regression. *Journal of Traumatic Stress*, 1, pp. 323–337.
- Marra, T. (2005). *Dialectic behavior therapy in private practice: A practical and comprehensive guide*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Martin, J. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, pp. 291–312.
- Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. (1981). *The narcissistic and borderline disorders*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Masterson, J., și Klein, R. (Eds.) (1989). *Psychotherapy of the disorders of the self*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- McCormack, C. (1989). The borderline/schizoid marriage: The holding environment as an essential treatment construct. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, pp. 299–309.
- McCullough, J. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York, NY: Guilford.
- McCullough, J. (2002). What kind of questions are we trying to answer with our psychotherapy research? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, pp. 47–452.

- McCullough, J., Schramm, E. și Penberthy, J. (2015). *CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder: Distinctive features*. New York, NY: Routledge.
- McGauley, G., Yakeley, J., Williams, A. și Bateman, A. (2011). Attachment, mentalization, and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 13(4), pp. 371–393.
- McMain, S., Boritz, T. și Leybman, M. (2015). Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), pp. 20–29.
- McMain, S., Links, P., Gnam, W., Guimond, T., Cardish, R., Korman, L. și Streiner, D. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), pp. 1365–1374.
- Meares, R., Stevenson, J. și Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline personality patients: A comparison between treated and untreated cohorts. *Australian și New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, pp. 467–472.
- Megargee, E. și Bohn, M. (1979). *Classifying criminal offenders*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Mehlum, L., Fris, S., Irion, T., Johns, S., Karterud, S., Vaglum, P. et al. (1991). Personality disorders 2–5 years after treatment: A prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 84, pp. 72–77.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavioral modification: An integrated approach*. New York, NY: Plenum.
- Meissner, W. (1978). *The paranoid process*. New York, NY: Jason Aronson.
- Meissner, W. (1986). *Psychotherapy and the paranoid process*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Meissner, W. (1989). Paranoid personality disorder. În T. Karasu (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (pp. 2705–2711). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Meloy, J. (1988). *The psychopathic mind: Origins, dynamics, and treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Meloy, J. și Yakeley, J. (2010). Psychodynamic treatment of antisocial personality disorder. În J. Clarkin, P. Fonagy și G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (pp. 289–309). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Messina, N., Farabee, D. și Rawson, R. (2003). Treatment responsibility to cocaine dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive-behavioral and contingency management interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), pp. 320–329.
- Messina, N., Wish, E., Hoffman, J. și Nemes, S. (2002). Antisocial personality disorder and TC treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(2), pp. 197–212.
- Meyer, R. (1995). *The clinician's handbook: Integrated diagnostics, assessment, and intervention in adult and adolescent psychotherapy* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Miller, W. și Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III Axis II*. New York, NY: Wiley.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York, NY: Wiley.
- Millon, T. și Davis, R. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.
- Millon, T. și Davis, R. (2000). *Personality disorders în modern life*. New York, NY: John Wiley și Sons.
- Millon, T. și Everly, G. (1985). *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. New York, NY: Wiley.

- 516 Millon, T., Millon, C., Grossman, S., Boice, A. și Sinsabaugh, K. (2015). *MCMI-IV manual*. Minneapolis, MN: Pearson.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. și Montalvo, B. (1967). Techniques for working with disorganized low socioeconomic families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 37(5), p. 880.
- Mitchell, D., Tafrate, R. și Freeman, A. (2015). Antisocial personality disorder. În A. Beck, D. Davis și A. Freeman, A. (Eds.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed., pp. 346–365). New York, NY: Guilford.
- Montgomery, J. (1971). Treatment management of passive-dependent behavior. *International Journal of Social Psychiatry*, 17, pp. 311–319.
- Morey, L., Skodol, A. și Oldham J. (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, pp. 398–405.
- Mulder, R. (2012). Cultural aspects of personality disorders. În T. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 260–274). New York, NY: Oxford University Press.
- Nachmani, G. (1984). Hesitation, perplexity, and annoyance at opportunity. *Contemporary Psychoanalysis*, 20, pp. 448–457.
- Nathanson, B. și Jamison, S. (2011). Psychotherapeutic and pharmacologic treatment of schizotypal personality disorder: The heuristic utility of stressing function over form. *Clinical Case Studies*, 10(5), pp. 395–407.
- Nehls, N. (1991). Borderline personality disorder and group therapy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, pp. 137–146.
- Nehls, N. și Diamond, R. (1993). Developing a systems approach to caring for persons with borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*, 29, pp. 161–172.
- Nichols, W. (1996). Persons with antisocial and histrionic personality disorders in relationships. În F. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 287–299). New York, NY: Wiley.
- Nurse, A. (1998). The dependent/narcissistic couple. În J. Carlson și L. Sperry (Eds.), *The disordered couple* (pp. 315–332). New York, NY: Brunner/Mazel.
- O'Donohue, W., Fowler, K. și Lilienfeld, S. (2007). *Personality Disorders: Toward the DSMV*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- O'Leary, K., Turner, E., Gardner, D. și Cowdry, R. (1991). Homogeneous group therapy or borderline personality disorder. *Group*, 15, pp. 56–64.
- Oldham, J. și Skodol, A. (2000). Charting the future of Axis II. *Journal of Personality Disorders*, 14, pp. 17–29.
- Ogloff, J., Talevski, D., Lemphers, A., Wood, M. și Simmons, M. (2015). Co-occurring mental illness, substance use disorders, and antisocial personality disorder among clients of forensic mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1, pp. 16–23.
- Osterbaan, D., van Balkom, A., Spinhoven, P., de Meij, T. și van Dyck, R. (2002). The influence of treatment gain on comorbid avoidant personality disorder in patients with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(1), pp. 41–43.
- Othmer, E. și Othmer, S. (2002). *The clinical interview using DSM-IV, Vol. 1, Fundamentals*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Padesky, C. și Beck, J. (2015). Avoidant personality disorder. În A. Beck, D. Davis și A. Freeman, A. (Eds.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed., pp. 174–202). New York, NY: Guilford.
- Parsons, B. și Alexander, J. (1973). Short-term family interventions: A therapy outcome study. *Journal of Abnormal Psychology*, 8, pp. 219–225.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

- Perry, J., Francis, A. și Clarkin, J. (1990). *A DSM-III-R casebook of treatment selection*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Perry, J. C., Presniak, M. și Olson, T. (2013). Mechanisms in schizotypal, borderlines, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry*, 76(1), pp. 32–52.
- Phillips, K. și Stein, D., (Eds.). (2015). *Handbook on obsessive-compulsive and related disorders*. Alexandria, VA: American Psychiatric Publishing.
- Pies, R. (1992). The psychopharmacology of personality disorders. *Psychiatric Times*, February, pp. 23–24.
- Pincus, A., Wright, A. și Cain, N. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), pp. 439–443.
- Pines, M. (1975). Group psychotherapy with difficult patients. În L. Wolberg și M. Aronson (Eds.), *Group therapy 1975: An overview*. New York, NY: Stratton Intercontinental Medical Books.
- Porcerelli, J., Dauphin, V., Ablon, J., Leitman, S. și Bamberg, M. (2007). Psychoanalysis with avoidant personality disorder: A systemic case study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(1), pp. 1–13.
- Pretzer, J. (1988). Paranoid personality disorder: A cognitive view. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4(4), pp. 10–12.
- Quality Assurance Project (1991). Treatment outlines for borderline, narcissistic and histrionic personality disorders. *Australian și New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, pp. 392–403.
- Regier, D., Boyd, J., Burke, J., Rae, D., Myers, J., Kramer, M. et al. (1988). One-month prevalence in mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 977–986.
- Reich, J. (2002). Drug treatment of personality disorder traits. *Psychiatric Annals*, 32(10), pp. 590–600.
- Reich, J. (2005). State and trait in personality disorders. În J. Reich (Ed.), *Personality Disorders: Current Research and Treatments* (pp. 3–20). New York, NY: Routledge.
- Reid, W. (1989). *The treatment of psychiatric disorders. Revised for the DSM-III-R*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Rennenberg, B., Goldstein, A., Phillips, D. și Chambliss, D. (1990). Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorder. *Behavior Therapy*, 21, pp. 363–377.
- Renton, J. și Mankiewicz, P. (2015). Paranoid, schizotypal, and schizoid personality disorders. În A. Beck, D. Davis și A. Freeman, A. (Eds.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed., pp. 244–275). New York, NY: Guilford.
- Rentrop, M., Zilker, T., Lederle, A., Birkhofer, A. și Horz, S. (2014). Psychiatric comorbidity and personality structure in patients with polyvalent addiction. *Psychopathology*, 47(2), pp. 133–140.
- Rinsley, D. (1982). *Borderline and other self-disorders*. New York, NY: Jason Aronson.
- Roche, M., Pincus, A., Lukowitsky, R., Ménard, K. și Conroy, D. (2013). An integrative approach to the assessment of narcissism. *Journal of Personality Assessment*, 9(3), pp. 237–248.
- Roemer, L. și Orsillo, S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), pp. 54–68.
- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice*, 17, pp. 89–99.
- Ronningstam, E. (2012). Narcissistic personality disorder: The diagnostic process. În T. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 527–548). New York, NY: Oxford University Press.
- Rutan, J. S., Stone, W. și Shay, J. (2014). *Psychodynamic group psychotherapy* (5th ed.). New York, NY: Guilford.
- Ryan, A., Macdonald, A. și Walker, E. (2013). Treatment of adolescents with schizotypal personality disorder and related conditions: A practice-oriented review of the literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(4), pp. 408–424.

- 520 Ryle, A. (2004). The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), pp. 3–35.
- Sadoff, R. și Collins, D. (1968). Passive dependency in sufferers. *American Journal of Psychiatry*, 124, pp. 1127–1136.
- Salkovskis, P. și Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. În K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk și D. Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems* (pp. 129–168). Oxford: Oxford University Press.
- Salvatore, G., Russo, B., Russo, M., Popolo, R. și Dimaggio, G. (2012). Metacognition oriented therapy for psychosis: The case of a woman diagnosed with delusional disorder and paranoid personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(4), pp. 314–329.
- Salzman, L. (1980). *Treatment of the obsessive personality*. New York, NY: Jason Aronson.
- Salzman, L. (1989). Compulsive personality disorder. În T. Karasu (Ed.), *Treatment of psychiatric disorders* (pp. 2771–2782). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Samuels, J. și Costa, P. (2012). Obsessive-compulsive personality disorder. În T. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 566–581). New York, NY: Oxford University Press.
- Sanislow, C., da Cruz, K., Gianoli, M. și Reagan, E. (2012). Avoidant Personality Disorder, Traits, and Type. În T. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 549–565). New York, NY: Oxford University Press.
- Schanche, E., Stiles, T., McCullough, L., Svartberg, M. și Nielsen, G. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*, 48, pp. 293–303.
- Schane, M. și Kovel, V. (1988). Family therapy in severe borderline personality disorder. *International Journal of Family Psychiatry*, 9, pp. 241–258.
- Scheidlinger, S. și Porter, K. (1980). Group therapy combined with individual psychotherapy. În T. Karasu și L. Bellak (Eds.), *Specialized Techniques in Individual Psychotherapy* (pp. 426–440). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Schwartz, J. și Begley, S. (2002). *The mind and the brain: Neuroplasticity and the power of mental force*. New York, NY: HarperCollins.
- Segal, Z., Williams, J. și Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford.
- Segal, Z., Williams, J., Teasdale, J. și Williams, M. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical and empirical status. În S. Hayes, V. Follette și M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45–65). New York, NY: Guilford.
- Shafer, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing*. New York, NY: Grune and Stratton.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York, NY: Basic Books.
- Shapiro, E. (1982). The holding environment and family therapy for acting out adolescents. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, pp. 209–226.
- Sharoff, K. (2002). *Cognitive coping therapy*. New York, NY: Brunner/Routledge.
- Sheldon, W., Dupertius, C. și McDermott, E. (1954). *A guide for somatotyping the adult male at all ages. Atlas of men (2nd ed.)*. New York, NY: Harper Brothers.
- Shostrum, E. (1976). *Actualizing therapy: Foundations for a scientific ethic*. San Diego, CA: EdITS Publishers.
- Shulman, B. (1982). An Adlerian interpretation of the borderline personality. *Modern Psychoanalysis*, 7, pp. 137–153.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York, NY: Guilford.
- Sifneos, P. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sifneos, P. (1984). The current status of short-term dynamic psychotherapy and its future: An overview. *American Journal of Psychotherapy*, 38, pp. 472–487.

- 522 Silk, K. și Feurino, L. (2012). Psychopharmacology of personality disorders. În T. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 713–726). New York, NY: Oxford University Press.
- Simon, W. (2009). Follow-up psychotherapy outcome of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: A meta-analytic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13, pp. 153–165.
- Simon, K. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder. În A. Beck, D. Davis și A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). New York, NY: Guilford.
- Singer, M. T. și Larson, D. G. (1981). Borderline personality and the Rorschach test. *Archives of General Psychiatry*, 38(6), pp. 693–698.
- Skodol, A., Bender, D., Gunderson, J. și Oldham, J. (2014). Personality disorders. În R. Hales, S. Yudofsky și L. Weiss (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry* (pp. 851–894). Alexandria, VA: American Psychiatric Publishing.
- Slavik, S., Sperry, L. și Carlson, J. (1992). The schizoid personality disorder: A review and an Adlerian view and treatment. *Individual Psychotherapy*, 7, pp. 137–154.
- Slavson, S. (1939). *Dynamics of group psychotherapy*. New York, NY: Jason Aronson.
- Slavson, S., (1964). *A textbook in analytic group psychotherapy*. New York, NY: International Universities Press.
- Snyder, M. (1994). Couple therapy with narcissistically vulnerable clients: Using the relationship enhancement model. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 2, pp. 27–35.
- Soloff, P., Lynch, K. și Kelly, T. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), pp. 201–214.
- Solomon, M. (1989). *Narcissism and intimacy: Love and marriage in an age of confusion*. New York, NY: Norton.
- Solomon, M. (1999). Treating narcissistic and borderline couples. În J. Carlson și L. Sperry (Eds.), *The disordered couple* (pp. 239–258). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Sperry, L. (1990). Personality disorders: Biopsychosocial descriptions and dynamics. *Journal of Individual Psychology*, 46, pp. 193–202.
- Sperry, L. (1995a). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV personality disorders*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Sperry, L. (1995b). *Psychopharmacology and psychotherapy: Strategies for maximizing treatment outcomes*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Sperry, L. (1988). Biopsychosocial therapy: An integrative approach for tailoring treatment. *Journal of Individual Psychology*, 44, pp. 225–235.
- Sperry, L. (2000). Biopsychosocial therapy: Essential strategies and tactics. În J. Carlson și L. Sperry (Eds.), *Brief therapy with individuals and couples*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker și Theisen.
- Sperry, L. (2002). From psychopathology to transformation: Retrieving the developmental focus in psychotherapy. *Journal of Individual Psychology*, 58, pp. 398–421.
- Sperry, L. (2003). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders* (2nd edition). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Sperry, L. (2005). Case conceptualization: The missing link between theory and practice. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 13, pp. 71–76.
- Sperry, L. (2006a). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV-TR personality disorders: Highly effective interventions for the most common personality disorders* (2nd ed.). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Sperry, L. (2006b). *Psychological treatment of chronic illness: The biopsychosocial therapy approach*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Sperry, L. (2010). *Core competencies in counseling and psychotherapy: Becoming a highly competent and effective therapist*. New York, NY: Routledge.

- 524 Sperry, L. (2014). Effecting change: The centrality of the case conceptualization. În L. Sperry și J. Carlson. *How master therapists work: Effecting change from the first through the last session and beyond* (pp. 74–99). New York, NY: Routledge.
- Sperry, L. (2015). Personality disorders. În L. Sperry, J. Carlson, J. Duba-Sauerheber și J. Sperry (Eds.), *Psychopathology and psychotherapy: DSM-5 diagnosis, case conceptualization and treatment* (3rd ed., pp. 27–61). New York, NY: Routledge.
- Sperry, L. (în curs de publicare). Educating the next generation of psychotherapists: Considering the future of theory and practice in Adlerian Psychotherapy. *Journal of Individual Psychology*.
- Sperry, L., Brill, P., Howard, K. și Grissom, G. (1996). *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Sperry, L. și Carlson, J. (2014). *How master therapists work: Effecting change from the first to the last session and beyond*. New York, NY: Routledge.
- Sperry, L., Gudeman, J., Blackwell, B. și Faulkner, L. (1992). *Psychiatric case formulations*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sperry, L. și Maniaci, M. (1996). The histrionic-obsessive couple. În J. Carlson și L. Sperry (Eds.), *The disordered couple* (pp. 187–205). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Sperry, L. și Mosak, H. (1996). Personality disorders. În L. Sperry și J. Carlson (Eds.), *Psychopathology and psychotherapy: From diagnosis to treatment* (2nd ed., pp. 279–336). Washington, DC: Accelerated Development/Taylor și Francis.
- Sperry, L. și Sperry, J. (2012). *Case conceptualization: Mastering this competency with ease and confidence*. New York, NY: Routledge.
- Sperry, L. și Sperry, J. (2016). *Cognitive behavior therapy of DSM-5 personality disorders* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.
- Spotnitz, H. (1975). The borderline schizophrenic in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 7, pp. 155–174.
- Stern, B., Yeomans, F. și Diamond, D. (2013). Transference-focused psychotherapy (TFP) for narcissistic personality disorder. În J. Ogrodniczuk (Ed.), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 235–252). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stevenson, J. și Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 144–150.
- Stone, M. (1983). Psychotherapy with schizotypal borderline patients. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 11, pp. 87–111.
- Stone, M. (1985). Schizotypal personality: Psychotherapeutic aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 11, pp. 576–589.
- Stone, M. (1989). Schizotypal personality disorder. În T. Karasu (Ed.), *Treatment of psychiatric disorders* (pp. 2719–2726). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stone, M. (1992). Treatment of severe personality disorders. În A. Tasman și M. Riba (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry. Vol. 2* (pp. 98–115). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stone, M. (1993). *Abnormalities of personality: Within and beyond the realm of treatment*. New York, NY: Norton.
- Stone, W. și Whiteman, R. (1980). Observation and empathy in group psychotherapy. În L. Wolberg și M. Aronson (Eds.), *Group and Family Therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Stone, M. și Weissman, R. (1984). Group therapy with borderline patients. În H. Slavinska (Ed.), *Contemporary perspectives in group psychotherapy*. London: Routledge și Kegan Paul.
- Stout, M. (2005). *The sociopath next door*. New York, NY: Broadway Books.
- Strauss, J., Hayes, A., Johnson, S., Newman, C., Brown, G., Barber, J. et al. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and

- obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, pp. 337–345.
- Stravynski, A., Grey, S. și Elie, R. (1987). Outline of the therapeutic process in social skills training with socially dysfunctional patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, pp. 224–228.
- Stravynski, A., Marks, I. și Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients. *Archives of General Psychology*, 39, pp. 1378–1383.
- Strupp, H. și Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Sungar, M. și Gunduz, A. (2015). Histrionic personality disorder. În A. Beck, D. Davis și A. Freeman, A. (Eds.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed., pp. 325–345). New York, NY: Guilford.
- Svartberg, M., Stiles, T. și Seltzer, M. (2004). Randomized control trial of the effectiveness of short-term dynamic therapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(5), pp. 810–817.
- Swiercinsky, D. (Ed.). (1985). *Testing adults*. Kansas City: Test Corporation of America.
- Symington, N. (1980). The response aroused by the psychopath. *International Review of Psychoanalysis*, 7, pp. 291–298.
- Tacbacnik, N. (1965). Isolation, transference, splitting and combined treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 6, pp. 336–346.
- Tarrier, N. (Ed.). (2006). *Case formulation in cognitive behaviour therapy. The treatment of challenging and complex cases*. London, UK: Routledge.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Mark, G., Ridgeway, V., Soulsby, J. et al. (2000). Prevention of relapse/recurrence in depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp. 615–623.
- Thomas, A. și Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York, NY: Brunner/ Mazel.

- Thylstrup, B. și Hesse, M. (2009). „I am not complaining“ — Ambivalence construct in schizoid personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 63(2), pp. 147–167.
- Toman, W. (1961). *Family constellation: Theory and practice of a psychological game*. New York, NY: Springer.
- Torgersen, S. (1984). Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders: A twin study. *Archives of General Psychiatry*, 41, pp. 546–554.
- Torgersen, S. (2009). Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. În J. Oldham, J. Skodol și D. Bender (Eds.), *Essentials of personality disorders* (pp. 83–102), Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. În T. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 186–205). New York, NY: Oxford University Press.
- Trujillo, M. (2013). Treating pathological narcissism with short term dynamic psychotherapy. În J. Ogrodniczuk (Ed.), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 269–284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Turkat, I. (1990). *The personality disorders: A psychological approach to clinical management*. New York, NY: Pergamon.
- Turkat, L. și Maisto, S. (1985). Application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders. În D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 503–570). New York, NY: Guilford.
- Vaccani, J. (1989). Borderline personality and alcohol abuse. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, pp. 113–119.
- Valliant, G. și Perry, J. (1985). Personality disorders. În H. Kaplan și B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed.). Baltimore: Williams și Wilkins.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C. și Herman, J. L. (1991). Childhood origins of selfdestructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), pp. 1665–1671.

- 528 Van Gelder, K. (2010). *The Buddha and the borderline: A memoir*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Vaughn, B. și Bost, K. (1999). Attachment and temperament: Redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development? În P. Cassidy și P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 198–225). New York, NY: Guilford.
- Vinogradov, S. și Yalom, I. (1989). *Concise guide to group psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wagner, E. și Wagner, C. (1981). *The interpretation of psychological test data*. Springfield, IL: Charles Thomas.
- Waldinger, R. (1986). Intensive psychodynamic psychotherapy with borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, pp. 267–274.
- Waldo, M. și Harman, M. (1993). Relationship enhancement therapy with borderline personality. *Family Journal*, 1, pp. 25–30.
- Waldo, M. și Harman, M. (1998). Borderline personality disorder and relationship enhancement marital therapy. În J. Carlson și L. Sperry (Eds.), *The disordered couple* (pp. 285–298). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Walker, R. (1992). Substance abuse and B-cluster disorders: Treatment recommendations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24, pp. 233–241.
- Wallerstein, R. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York, NY: Guilford.
- Walsh, A. și Wu, H. H. (2008). Differentiating antisocial personality disorder, psychopathy, and sociopathy: Evolutionary, genetic, neurological, and sociological considerations. *Criminal Justice Studies*, 21(2), pp. 135–152.
- Weeks, G. și L'Abate, L. (1982). *Paradoxical psychotherapy: Theory and practice with individuals, couples, and families*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Weissman, M., Markowitz, J. și Klerman, G. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Weissman, M., Markowitz, J. și Klerman, G. (2007). *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. New York, NY: Oxford University Press.
- Wells, M., Glickauf-Hughes, C. și Buzzell, V. (1990). Treating obsessive-compulsive personalities in psychoanalytic/interpersonal group therapy. *Psychotherapy*, 27, pp. 366–379.
- Westen, D. (2012). Prototypic diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry*, 11(1), pp. 16–21.
- Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, O., Pedersen, G. și Friis, S. (1999). One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, 50(10), pp. 1326–1330.
- Williams, J. (1988). Cognitive intervention for a paranoid personality disorder. *Psychotherapy*, 25, pp. 570–575.
- Williams, P. (2010). Psychotherapeutic treatment of Cluster A personality disorders. În J. Clarkin, P. Fonagy și G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (pp. 289–309). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Winer, J. și Pollock, G. (1989). Psychoanalysis and dynamic therapy. În T. Karasu (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (pp. 2639–2648). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Winston, A. și Pollack, J. (1991). Brief adaptive psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 21, pp. 415–418.
- Woody, G., McLellan, A., Luborsky, L. și O'Brien, C. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42(11), pp. 1081–1086.
- Wright, A., Hallquist, M., Morse, J., Scott, L., Stepp, S., Nolf, K. et al. (2013). Clarifying inter personal heterogeneity in borderline personality disorder using latent mixture modelling. *Journal of Personality Disorders*, 27(2), pp. 125–143.
- Wurmser, L. (1981). *The mask of shame*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- 530 Yalom, I. (1995). *Tratat de psihoterapie de grup*. Editura Trei, 2008.
- Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev. ed.)*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed.)*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J., Klosko, J. și Weishaar, M. (2015). *Terapia centrată pe scheme: Manualul practicianului*. Editura ASCR, Cluj-Napoca.
- Young, P. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Reich, D. și Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167, pp. 663–667.
- Zimbardo, P. (1977). *Shyness*. New York, NY: Jove/Berkeley Publishing Group.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. și Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, pp. 1911–1918.

Index

A

- abandon 11, 40, 105, 129, 143, 156, 189, 192, 195, 200, 206, 207, 211, 217, 221, 225, 240, 252, 257, 270, 271, 304, 350, 352, 419, 426, 477
- abilități emoționale 230, 272
- abilități fiziologice 230, 273
- abilități perceptivă 230, 273
- Abrams, G. 311, 498
- abuz în copilărie
tulburarea de personalitate
borderline 197, 198
- Accordino, M.P. 241, 492
- Ackley, C. 130, 212, 413, 445, 478, 492
- aculturație 45, 93, 99, 101
- Adler, A. 201, 217, 376, 492
- Adler, G. 196, 492, 497
- agenți serotoninergici 241, 242
- agorafobie 278, 279
- Ainsworth, M. 37, 82, 492, 512
- Akhtar, S. 438, 492
- Alden, L. 180, 181, 182, 184, 185, 492
- Alexander, J. 148, 268, 269, 493, 517
- alienare 62, 270, 407, 411, 425, 448, 477, 486, 488
- Allen, J. 76, 338, 493, 496
- Allnutt, S. 84, 120, 157, 197, 252, 288, 324, 363, 401, 436, 468, 493
- Allport, G. 41, 493
- American Psychiatric Association
23, 25, 29, 30, 44, 45, 105, 107, 493, 496, 504, 510, 512
- tulburarea de personalitate
antisocială 117, 121, 122
- tulburarea de personalitate
borderline 199, 200
- tulburarea de personalitate
dependentă 253, 254
- tulburarea de personalitate
evitantă 159, 160
- tulburarea de personalitate
histrionică 289, 290
- tulburarea de personalitate
narcisică 325, 326
- tulburarea de personalitate
obsesiv-compulsivă 363, 364, 365

- tulburarea de personalitate
paranoidă 402
tulburarea de personalitate
schizoidă 437
tulburarea de personalitate
schizotipală 468, 469, 470
American Psychological Association 11, 57, 109, 498, 505, 513, 525, 527
Anderson, C. 458, 493
antidepresive 97, 245, 299, 377, 392. *Vezi și* inhibitori de monoaminooxidază (IMAO); *Vezi și* inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (SSRI)
antipsihotice 242, 428, 447, 459
antrenamentul asertivității 175, 270
antrenamentul de supraviețuire în sălbăticie 144
anxietate 49, 55, 88, 124, 138, 140, 148, 149, 155, 164, 167, 171, 174, 175, 180, 182, 183, 191, 193, 242, 251, 252, 256, 257, 261, 263, 266, 267, 278, 280, 291, 298, 302, 310, 314, 315, 321, 336, 337, 344, 355, 375, 376, 379, 380, 386, 390, 391, 392, 404, 418, 419, 428, 439, 452, 461, 468, 479, 489
anxietatea de separare 195, 268
tulburarea de anxietate generalizată 60, 132, 213, 214, 263, 336, 415
tulburarea de anxietate socială 183, 263, 299, 376
Appel, G. 455, 493
Armstrong, R. (2002) 461, 493
- Arntz, A. 205, 493
autocontrolul insuficient 231, 347
autonomie
tulburarea de personalitate
borderline 199, 205, 217
tulburarea de personalitate dependentă 258, 270, 271, 279
autonomie ostilă 143
autovătămare 27, 51, 52, 87, 106, 189, 194, 238, 241, 242, 341
Axa I 9, 141, 214, 315, 376
Axa II 9, 23, 24, 214, 215, 315, 376, 381
Axa V 9, 23
- B**
Babiak, P. 117, 494
Baer, L. 376, 507
Bailey, G. 381, 494
Baker, J. 255, 505
Balint, E. 494
Balint, M. 418, 438, 494
Barber, J. 381, 415, 494, 499, 525
Barlow, D. 278, 281, 494, 527
Barrantes-Vidal, N. 462, 509
Bartholomew, K. 38, 494
Bateman, A. 69, 138, 202, 218, 219, 223, 494, 495, 514
Beck, A. 49, 77, 78, 139, 141, 173, 184, 186, 205, 224, 269, 271, 279, 304, 306, 344, 346, 381, 419, 451, 453, 483, 484, 495, 497, 516, 517, 519, 522, 526
Beck, J. 125, 126, 163, 164, 174, 205, 256, 292, 330, 331, 368, 369, 404, 440, 472, 517
Begley, S. 60, 521

- Behary, W. 331, 346, 495
Beitman, B. 76, 92, 495
Bellak, L. 133, 214, 263, 298, 336, 376, 414, 446, 495, 521
Bellino, S. 245, 495
Benjamin, L. 77, 78, 126, 143, 144, 165, 177, 178, 180, 182, 206, 208, 232, 233, 257, 274, 275, 293, 307–309, 332, 347–349, 370, 385–387, 391, 406, 423, 424, 425, 428, 429, 441, 455, 473, 486, 488, 496
Berger, P. 244, 496
Berkowitz, D. 351, 352, 496
Bernstein, D. 143, 177, 198, 231, 273, 307, 347, 385, 423, 455, 486, 496
Binder, J. 184, 265, 268, 342, 496, 526
Black, D. 76, 242, 496
Blocher, D. 71, 72, 393, 497
Bogdanoff, M. 456, 457, 497
Bogetto, F. 245, 495
Bohn, M. 132, 514
Bonime, W. 449, 497
Boritz, T. 246, 514
Bornstein, R. 247, 267, 497
Bost, K. 42, 528
Boutilier, L. 41, 82, 199, 503
Bowlby, J. 38, 497
Bozzatello, P. 245, 495
Brauer, L. 256, 257, 272, 497
Brennan, K. 45, 497
Brill, P. 57, 524
Brown, E. 176, 497, 511, 525
Buie, D. 217, 497
Burry, A. 291, 403, 438, 470, 507
Buzzell, V. 388, 529
- C**
Caffery, T. 82, 501
Cain, N. 219, 245, 356, 498, 518
Caligor, E. 321, 322, 337, 497
caracter 43, 44, 90, 430, 469, 470
carbamazepină 241
Carlson, J. 91, 109, 111, 457, 498, 507, 509, 517, 522, 523, 524, 528
Carscadden, J. 238, 506
Cass, D. 311, 498
catastrofizare 257
decatastrofizare 174, 306
căutarea aprobării 83, 161, 177, 260, 273, 307, 423
căutarea atenției
tulburarea de personalitate
histrionică 287, 298
„Cazul doamnei A.” 376
cazul „Omul cu șobolani” 376
CBT. *Vezi* terapie cognitiv-comportamentală (CBT)
„cel de-al treilea val” al terapiei
comportamentale 48
Chessick, R. 217, 340, 498
Chess, S. 42, 123, 127, 166, 204, 209, 472, 526
Choca, J. 132, 169, 214, 263, 298, 336, 375, 414, 478, 498
Chodoff, P. 302, 498
Clarkin, J. 66, 78, 202, 219, 224, 238, 244, 245, 390, 498, 502, 506, 508, 515, 518, 529
Clinical Psychiatry News 22, 498
clivaj
tulburarea de personalitate
borderline 196, 239, 244

- tulburarea de personalitate narcisică 340
- tulburarea de personalitate schizoidă 438, 461
- Cloninger, C. 43, 498
- Collins, D. 277, 520
- coluziune 136, 137, 144, 240
- Comerford, A. 223, 514
- comportamentul și raportul în timpul interviului
- tulburarea de personalitate antisocială 130
- tulburarea de personalitate borderline 212
- tulburarea de personalitate dependentă 261
- tulburarea de personalitate evitantă 168
- tulburarea de personalitate histrionică 296
- tulburarea de personalitate narcisică 334
- tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 373
- tulburarea de personalitate paranoidă 413
- tulburarea de personalitate schizoidă 444
- tulburarea de personalitate schizotipală 477
- comunitate terapeutică
- tulburarea de personalitate antisocială 147
- conceptualizare de caz biosocială. *Vezi* conceptualizare de caz biosocială
- Cazul Kierei 86, 104
- Cazul lui Aimee 88, 107
- Cazul lui Geri 97
- cognitiv-comportamentală. *Vezi* conceptualizare de caz cognitiv-comportamentală
- comentarii asupra cazurilor 109
- completă 95, 100
- concisă 95, 103
- definiție și componente 89
- elemente 93
- evaluare integrativă 97
- exemplificări clinice 86, 104
- formularea diagnostică 90
- integrativă. *Vezi* conceptualizare de caz integrativă
- interpersonală. *Vezi* conceptualizare de caz interpersonală
- plan de intervenție 106
- premise 91
- psihodinamică. *Vezi* conceptualizare de caz psihodinamică
- puncte forte și factori protectori 94
- puterea de ajustare 95, 96
- puterea explicativă 95
- puterea predictivă 95, 96
- rezultate clinice 106, 109, 111
- și tratamentul eficient al tulburărilor de personalitate 85
- conceptualizare de caz biosocială
- tulburarea de personalitate antisocială 123
- tulburarea de personalitate borderline 203
- tulburarea de personalitate dependentă 255

- tulburarea de personalitate evitantă 162
- tulburarea de personalitate histrionică 291
- tulburarea de personalitate narcisică 329
- tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 367
- tulburarea de personalitate paranoidă 407
- tulburarea de personalitate schizoidă 439
- tulburarea de personalitate schizotipală 471
- conceptualizare de caz cognitiv-comportamentală
- tulburarea de personalitate antisocială 125
- tulburarea de personalitate borderline 205
- tulburarea de personalitate dependentă 256
- tulburarea de personalitate evitantă 163
- tulburarea de personalitate histrionică 292
- tulburarea de personalitate narcisică 330
- tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 368
- tulburarea de personalitate paranoidă 404
- tulburarea de personalitate schizoidă 440
- tulburarea de personalitate schizotipală 472

- conceptualizare de caz integrativă
- tulburarea de personalitate antisocială 127
- tulburarea de personalitate borderline 208
- tulburarea de personalitate dependentă 258
- tulburarea de personalitate evitantă 166
- tulburarea de personalitate histrionică 294
- tulburarea de personalitate narcisică 333
- tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 371
- tulburarea de personalitate paranoidă 409
- tulburarea de personalitate schizoidă 441
- tulburarea de personalitate schizotipală 474
- conceptualizare de caz interpersonală
- tulburarea de personalitate antisocială 126
- tulburarea de personalitate borderline 206
- tulburarea de personalitate dependentă 257
- tulburarea de personalitate evitantă 165
- tulburarea de personalitate histrionică 293
- tulburarea de personalitate narcisică 332
- tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 370

tulburarea de personalitate
paranoidă 406
tulburarea de personalitate
schizoidă 441
tulburarea de personalitate
schizotipală 473
consiliere 158, 237, 261, 285
Cortright, B. 71, 72, 393, 499
Costa, P. 44, 357, 499, 520
Costello, C. 44, 499
Cramer Azima, F. 180, 499
credințe
condiționale 125, 330, 404, 440
fundamentale 125, 330, 404,
440
instrumentale 125, 330, 405,
440
criteriul optim de diagnostic 79,
81, 83
tulburarea de personalitate
antisocială 120, 129
tulburarea de personalitate
borderline 197
tulburarea de personalitate
dependentă 252
tulburarea de personalitate
evitantă 157
tulburarea de personalitate
histrionică 288
tulburarea de personalitate
narcisică 324
tulburarea de personalitate
obsesiv-compulsivă 363
tulburarea de personalitate
paranoidă 401
tulburarea de personalitate
schizoidă 436

tulburarea de personalitate
schizotipală 468
Crits-Christoph, P. 267, 381, 415,
494, 499, 511
Cukrowicz, K. 55, 500
cultură 44, 93, 94, 99, 101
Cuper, P. 49, 54, 511

D

datele testărilor psihologice
tulburarea de personalitate
antisocială 131
tulburarea de personalitate
borderline 213
tulburarea de personalitate
dependentă 262
tulburarea de personalitate
evitantă 168
tulburarea de personalitate
histrionică 297
tulburarea de personalitate
narcisică 335
tulburarea de personalitate
obsesiv-compulsivă 375
tulburarea de personalitate
paranoidă 413
tulburarea de personalitate
schizoidă 445
tulburarea de personalitate
schizotipală 478
Davidson, K. 141, 142, 499
Davis, D. 49, 78, 139, 331, 346, 495,
497, 516, 517, 519, 522, 526
Davis, R. 162, 184, 195, 203, 256,
279, 291, 330, 355, 367, 407, 439,
472, 473, 515
Day, M. 235, 499

DBT. *Vezi* terapie comportamentală
dialectică
deficiență 83, 104, 129, 143, 211,
273, 293, 296, 307, 327, 347, 365,
366, 387, 412, 416, 423, 444, 454
deficite cerebrale neurofiziologice
37
Demetri, J. 162, 501
Denburg, E. 132, 169, 214, 263,
298, 336, 375, 414, 478, 498
depresia de abandon 195, 201, 221
depresie 54, 55, 60, 88, 97, 98, 100,
101, 104, 108, 119, 123, 140, 148,
167, 169, 179, 183, 185, 191, 199,
217, 242, 280, 314, 315, 355, 380,
388, 391, 392, 416, 418, 428, 445,
455, 489
depresia de abandon 195, 201,
221
deprivare emoțională 129, 143,
206, 211, 231, 307, 327, 329, 347,
444, 454
DeRisi, W. 64, 510
Derlega, V. 136, 501
descoperire ghidată 50, 174, 224,
271, 420, 484
diagnostic multiaxial 8
Diamond, D. 338, 525
Diamond, R. 237, 242, 245, 499,
516
Dick, B.M. 237, 499
Diguer, L. 451, 503
Dimaggio, G. 178, 188, 417, 418,
500, 502, 520
distanțare socială 438, 440
distorsiuni cognitive 203, 292
Dolan, M. 119, 500

doliu al dezvoltării 448
Dorfman, W.I. 315, 500
Driscoll, K. 55, 56, 500
DSM-5. *Vezi Manualul de dia-
gnostic și clasificare statistică a
tulburărilor mintale, ediția a 5-a*
(DSM-5)
DSM-I 7, 8, 10, 23, 43
DSM-II 8, 23, 43, 118
DSM-III 8, 9, 10, 23, 515, 518, 519
DSM-IV-TR (modelul categorial)
10, 16, 23, 25–28, 325, 516, 523
Dupertius, C. 442, 521

E
Eells, T. 89, 91, 500
Eikenaes, I. 188, 500
Ekleberry, S. 282, 500
Elbaum, P. 456, 457, 497
Elie, R. 180, 181, 526
empatie 31, 32, 65, 81, 121, 131,
138, 168, 212, 261, 297, 319, 323,
324, 332, 333, 338, 345, 346, 353,
386, 415, 424, 451, 482
Epstein, L. 416, 501
Erdman, P. 82, 501
Eskedal, G. 162, 501
evaluare
evaluare integrativă 96, 97
tulburarea de personalitate
antisocială 130
tulburarea de personalitate
borderline 212
tulburarea de personalitate
dependentă 261
tulburarea de personalitate
evitantă 167

tulburarea de personalitate
histrionică 296
tulburarea de personalitate
narcisică 334
tulburarea de personalitate
obsesiv-compulsivă 373
tulburarea de personalitate
paranoidă 412
tulburarea de personalitate
schizoidă 444
tulburarea de personalitate
schizotipală 477
Evaluare globală a funcționării
(GAF) 23, 24, 243
conceptualizarea de caz 105,
108
evenimente declanșatoare 79, 81
tulburarea de personalitate
antisocială 113, 118
tulburarea de personalitate
borderline 190, 194
tulburarea de personalitate
dependentă 248, 251
tulburarea de personalitate
evitantă 154, 155
tulburarea de personalitate
histrionică 284, 287
tulburarea de personalitate
narcisică 318, 322
tulburarea de personalitate ob-
sesiv-compulsivă 358, 361
tulburarea de personalitate
paranoidă 396, 399
tulburarea de personalitate
schizoidă 432, 435
tulburarea de personalitate
schizotipală 463, 466

Everett, S. 239, 501
Everly, G. 77, 124, 125, 162, 166,
204, 255, 291, 294, 329, 330, 407,
408, 439, 471, 473, 515
exerciții de relaxare 138

F

factori de perpetuare 93
Fairburn, W. 438, 501
farmacoterapie 150, 242, 244,
245, 300. *Vezi și* strategii de
medicație
Fay, A. 272, 501
Fenichel, O. 172, 501
Fernandez, S. 301, 501
Fernbach, B. 136, 501
Feurino, L. 76, 149, 183, 184, 280,
314, 355, 391, 392, 428, 429, 447,
459, 460, 489, 490, 522
Finn, B. 235, 236, 501
Fiore, D. 178, 180, 502
Flegenheimer, W. 268, 502
fluoxetină 241
fobie socială 176, 181
Foley, G. 313, 354, 391, 509
Follette, V. 48, 505, 510, 513, 521
Fonagy, P. 69, 138, 202, 218, 219, 223,
338, 493–495, 506, 508, 515, 529
formulare clinică 90, 91, 384
formulare culturală 90
formulare diagnostică 77, 89, 90,
91, 95, 96
Fossatti, A. 198, 502
Fowler, K. 302, 517
Fraiberg, S. 201, 502
Frances, A. 78, 160, 200, 216, 253, 276,
290, 364, 388, 426, 502, 504, 510

Freeman, A. 14, 49, 77, 78, 125,
139, 141, 184, 186, 224, 452, 484,
495, 497, 502, 516, 517, 519, 522,
526
Freeman, M. 344, 513
Freud, S. 327, 339, 376, 502
funcționarea personalității 29, 403

G

Gabbard, G. 132, 135–137, 161,
162, 171, 172, 236, 254, 266–268,
290, 300, 301, 310, 311, 380, 388,
403, 447–450, 460, 470, 480, 481,
482, 490, 502, 506, 508, 515, 529
Gamache, D. 451, 503
gânduri automate 369
provocarea 453
Gertsley, L. 136
Gilbert, S. 179, 503
Gilles, G. 455, 503
Glantz, K. 138, 281, 503
Glickauf-Hughes, C. 388, 529
Glueck, E. 147, 503
Glueck, S. 147, 503
Goisman, R. 138, 281, 503
Goldberg, A. 340, 503
Goldwyn, R. 38, 512
Gordon, K. 179, 503
Graham, J. 131, 169, 213, 262, 298,
336, 375, 413, 414, 446, 478, 503
Graybar, S. 41, 82, 199, 503
Greenspan, S. 33
Greist, J. 175, 503
Grey, S. 180, 181, 526
Grissom, G. 57, 524
Groth-Marnat, G. 131, 169, 262,
297, 375, 413, 503

Grotjahn, M. 350, 503
grup de psihoterapie 223, 275
grup de sprijin 187
Gude, T. 188, 500
Guernsey, B. 240, 241, 492, 504
Guidano, V. 369, 504
Gunderson, J. 15, 17, 26, 150,
216, 218, 243, 268, 470, 504,
522
Gunduz, A. 292, 306, 526
Gurman, A. 182, 504

H

Haley, J. 176, 390, 504
Halleck, S. 311, 504
Hallet, B. 60, 509
Harbir, H. 148, 277, 312, 389, 390,
426, 427, 428, 504
Hardy, G. 419, 508
Hare, R. 112, 115, 117, 134, 494,
504
Harman, M. 240, 241, 505, 528
Harper, R. 182, 494, 505, 521
Harwood, I. 505
Hatchett, G. 134, 505
Havens, J. 151, 505
Havens, L. 301, 505
Hayes, S. 48, 505, 510, 513, 521,
525
Hazan, C. 505
Hend, S. 255, 505
Herman, J.L. 198, 527
Hesse, E. 38, 512
Hesse, M. 448, 527
Hill, D. 267, 506, 509
Hoch, J. 238, 506
Hoffart, A. 188, 500

540 Hoffman, L. 147, 390, 504, 507, 515
Hopwood, C. 395, 431, 506
Horowitz, L. 38, 235, 244, 301, 315,
350, 366, 494, 506
Howard, K. 57, 524
How Master Therapists Work
(Sperry și Carlson) 524
Hulse, W. 235, 506

I

identificarea tiparului și schimba-
rea 92
identificare proiectivă 340, 461,
481
identitate culturală 90, 93, 99
Imbesi, E. 328, 507
impulsivitate 42, 43, 44, 64, 106,
112, 118, 119, 121, 150, 189, 191,
196, 199, 207, 208, 241, 242
îndreptățirea 329, 347
inhibiție emoțională 373, 385
inhibitori de monoaminoxidază
(MAO) 241
inhibitorii selectivi de recaptare a
serotoninei (SSRI)
tulburarea de personalitate
antisocială 149
tulburarea de personalitate
evitantă 183
injoncțiune parentală 81, 129, 161,
211, 260, 296, 373, 412, 443
înregistrarea gândurilor
disfuncționale 453
intenție paradoxală 175
interviu motivațional (IM) 57, 140,
461, 491
întrebări deschise 212

Inventarul Clinic Multiaxial Millon
(MCMI-IV)
tulburarea de personalitate
antisocială 131
tulburarea de personalitate
borderline 213
tulburarea de personalitate
dependentă 262
tulburarea de personalitate
evitantă 168
tulburarea de personalitate
histrionică 297
tulburarea de personalitate
narcisică 335
tulburarea de personalitate
obsesiv-compulsivă 375
tulburarea de personalitate
paranoidă 413
tulburarea de personalitate
schizoidă 445
tulburarea de personalitate
schizotipală 478
Inventarul de Evaluare a
Dizabilității al Organizației
Mondiale a Sănătății 2.0
(WHODAS 2.0) 30
Inventarul Multifazic de Personali-
tate Minnesota (MMPI-2)
tulburarea de personalitate
antisocială 131
tulburarea de personalitate
borderline 213
tulburarea de personalitate
dependentă 262
tulburarea de personalitate
evitantă 168
tulburarea de personalitate
histrionică 297

tulburarea de personalitate
narcisică 335
tulburarea de personalitate
obsesiv-compulsivă 375
tulburarea de personalitate
paranoidă 413
tulburarea de personalitate
schizoidă 445
tulburarea de personalitate
schizotipală 478
ipohondrie 214, 375, 414, 446
izolare socială 83, 97-99, 101, 104,
129, 143, 161, 177, 211, 231, 406,
410, 440, 454, 467, 472, 474, 483

J

Jamison, S. 491, 516
Jefferson, J. 175, 503
Jenike, M. 376, 507
Joiner, T. 55, 500
Jones, S. 351, 507

K

Kabat-Zinn, J. 60, 507
Kagan, J. 162, 507
Kalojera, I. 354, 507
Kantor, M. 267, 341, 342, 450, 507
Kavaler-Adler, S. 448, 507
Keller, M. 55, 492, 507
Kellerman, H. 291, 403, 438, 470, 507
Kellest, S. 419, 507, 508
Kellner, R. 150, 151, 508
Kelly, T. 198, 522
Kernberg, O. 66, 123, 200, 201, 202,
217, 220, 221, 224, 244, 322, 328,
329, 339, 340, 341, 342, 498, 508

Khan, M. 301, 508
Kirk, J. 392, 520
Klein, D. 314, 507, 510
Klein, R. 201, 217, 221, 222, 343,
508, 513
Klerman, G. 208, 528, 529
Klosko, J. 61, 530
Kniskern, D. 182, 504
Koenigsberg, H. 244, 459, 490,
508
Kohut, H. 201, 328, 339, 340, 352,
509
Kovel, V. 240, 520
Kristeller, J. 60, 507, 509, 513
Kwapil, T. 462, 509
Kyrios, M. 381, 509

L

L'Abate, L. 176, 528
Lachar, D. 446, 509
Lachkar, J. 240, 241, 352, 354, 509
Landucci, J. 313, 354, 391, 509
Larson, D.G. 522
Lasch, C. 338, 509
Lazarus, A. 245, 272, 276, 281, 342,
501, 509, 510
Lerner, U. 301, 506
Leszcz, M. 349, 456, 457, 510
Levy, K. 224, 321, 322, 337, 497,
498, 510
Leybman, M. 246, 514
Lieberman, M. 64
Liebowitz, M. 145, 314, 490, 510
Lilienfeld, S. 302, 517
Linehan, M. 48, 51, 52, 53, 60, 206,
215, 226, 229, 235, 236, 237, 238,
338, 505, 510, 511, 512, 521

- 542 Links, P. 83, 84, 120, 157, 197, 252, 279, 288, 313, 324, 363, 401, 436, 468, 493, 511, 514
- Liotti, G. 369, 504
- litium 241
- Livesey, J. 219
- Livesley, W.J. 245, 498, 511
- LPFS. *Vezi* Scala nivelului de funcționare a personalității (LPFS)
- Luborsky, L. 267, 268, 511, 529
- Lyddon, W. 39, 156, 197, 252, 436, 511
- Lynch, K. 198, 522
- Lynch, T. 49, 54, 215, 511, 512
- M**
- Macdonald, A. 489, 491, 519
- Mackinnon, R. 172, 512
- Madeddu, F. 198, 502
- Maffei, C. 198, 502
- Main, M. 38, 512
- Maisto, S. 305, 369, 384, 421, 429, 527
- Malancharuvil, J. 138, 512
- Malan, D. 268, 302, 418, 512
- Malinow, K. 278, 512
- Manduchi, K. 394, 512
- Maniacchi, M. 312, 313, 391, 524
- Mankiewicz, P. 405, 422, 440, 453, 473, 485, 519
- Mann, J. 268, 269, 302, 512
- Manualul de diagnostic psihodinamic* (PDM) 11, 32, 33
- Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale, ediția a 5-a* (DSM-5) 7, 10, 11,

- 12, 13, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 44, 45, 65, 71, 75, 77, 79, 84, 90, 91, 105, 107, 112, 117, 120, 121, 126, 153, 158, 190, 199, 208, 247, 252, 263, 283, 289, 290, 317, 321, 324, 325, 357, 363, 364, 395, 401, 431, 436, 462, 468, 469, 493, 502, 516, 524
- Grupul Operativ pentru tulburările de personalitate din DSM-5 25
- Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate 16
- Modelul categorial al tulburărilor de personalitate 26
- Scala nivelului de funcționare a personalității (LPFS) 30
- Markowitz, J. 208, 513, 528, 529
- Marks, I. 181, 526
- Marlatt, G. 60, 513
- Marmar, C. 344, 506, 513
- Marra, T. 49, 50, 53, 227, 230, 513
- Martin, J. 60, 513
- Marziali, E. 238, 498
- Masterson, J. 201, 217, 222, 224, 340, 343, 353, 508, 513
- McCormack, C. 458, 461, 513
- McCrae, R. 44, 499
- McCullough, J. 54, 55, 57, 380, 507, 513, 514, 520
- McDermott, E. 442, 521
- McFarlane, M. 279, 313
- McGauley, G. 138, 514
- McMain, S. 238, 246, 514
- McWilliams, N. 33
- Meares, R. 223, 514, 525

- mecanisme de apărare 43, 166, 236, 365, 366, 410, 442, 471, 475
- mediu conținător 235
- Megargee, E. 131, 514
- Mehlum, L. 482, 488, 490, 514
- Meichenbaum, D. 225, 514
- Meissner, W. 415, 416, 417, 426, 514, 515
- Meloy, J. 122, 123, 124, 135, 138, 147, 515
- Messina, N. 147, 151, 515
- metadonă 136, 151
- metode de tratament combinate și integrate
- tulburarea de personalitate antisocială 149
- tulburarea de personalitate borderline 243
- tulburarea de personalitate dependentă 280
- tulburarea de personalitate evitantă 184
- tulburarea de personalitate histrionică 314
- tulburarea de personalitate narcisică 355
- tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 392
- tulburarea de personalitate paranoidă 429
- tulburarea de personalitate schizoidă 460
- tulburarea de personalitate schizotipală 490
- Meyer, R. 132, 169, 213, 262, 263, 298, 336, 375, 376, 414, 515

- 543
- Michels, R. 172, 512
- Miller, W. 57, 140, 513, 515
- Millon, T. 19, 77, 124, 125, 127, 131, 132, 162, 166, 168, 169, 184, 195, 203, 204, 208, 213, 255, 256, 262, 263, 279, 291, 294, 297, 298, 299, 329, 330, 333, 335, 355, 367, 375, 407, 408, 410, 413, 414, 435, 439, 442, 445, 446, 471, 472, 473, 475, 478, 498, 515, 516
- mindfulness 18, 46, 47, 48, 52, 59, 60, 61, 65, 106, 110, 227, 228, 505, 513, 519, 521, 526
- Minichiello, W. 377, 507
- Minuchin, S. 147, 240, 390, 516
- Mitchell, D. 125, 139, 516
- MMPI-2. *Vezi* Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI-2)
- Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate 12, 16, 22, 25, 26, 27, 28, 30
- comparat cu modelul tulburărilor de personalitate din DSM-IV-TR 28
- tulburarea de personalitate antisocială 121
- tulburarea de personalitate borderline 199
- tulburarea de personalitate narcisică 325
- tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 364
- tulburarea de personalitate schizotipală 469
- Modelul categorial al tulburărilor de personalitate 26

Montgomery, J. 276, 516
 Mosak, H. 128, 334, 411, 443, 476, 524
 Mueser, K. 64, 510
 Mulder, R. 45, 516
 Munroe-Blum, H. 238, 498

N

Nachmani, G. 438, 516
 narcisism malign 322
 Nathanson, B. 491, 516
 nefazodonă 54
 Nehls, N. 237, 245, 516
 neîncrederea/abuzul 231
 neuroștiințele și procesele de tratament 46
 Nichols, W. 148, 312, 517
 Nurse, A. 279, 355, 517

O

O'Donohue, W. 302, 517
 Ogloff, J. 151, 517
 Oldham, J. 15, 17, 28, 343, 508, 516, 517, 522, 527
 O'Leary, K. 235, 236, 517
 Olson, T. 480, 518
 Orcutt, C. 353
 O'Reilly, R. 238, 506
 Ornstein, P. 418, 494
 Orsillo, S. 60, 519
 Osterbaan, D. 176, 517
 Othmer, E. și S. 81, 118, 131, 155, 168, 194, 213, 251, 262, 287, 297, 322, 335, 361, 374, 399, 413, 435, 445, 466, 478, 517

P

Padesky, C. 164, 174, 517
 Park, I. 119, 500
 Parsons, B. 148, 493, 517
 Penberthy, J. 54, 514
 perfecționism 72, 358, 361, 363, 364, 373
 Perry, J. 135, 390, 518, 527
 Perry, J.C. 198, 480, 518, 527
 Perry, S. 78, 502
 Pies, R. 314, 518
 Pimozid 430
 Pincus, A. 356, 504, 518, 519
 Pines, M. 235, 518
 Pollack, J. 302, 529
 Pollock, G. 300, 529
 Porcerelli, J. 173, 518
 Porter, K. 311, 521
 predispoziție 162, 471
 preocupări privind comorbiditatea și modelul categorial 26
 preocupări privind eterogenitatea și modelul categorial 26, 27
 Presniak, M. 480, 518
 Pretzer, J. 205, 502, 518
 prevalența tipurilor de personalitate
 tulburarea de personalitate antisocială 122
 tulburarea de personalitate borderline 200
 tulburarea de personalitate dependentă 254
 tulburarea de personalitate evitantă 160
 tulburarea de personalitate histrionică 290

tulburarea de personalitate narcisică 326
 tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 365
 tulburarea de personalitate paranoidă 402
 tulburarea de personalitate schizoidă 437
 tulburarea de personalitate schizotipală 470
 prezentare prototip 79
 tulburarea de personalitate antisocială 121
 tulburarea de personalitate borderline 200
 tulburarea de personalitate dependentă 253
 tulburarea de personalitate evitantă 159
 tulburarea de personalitate histrionică 289
 tulburarea de personalitate narcisică 325
 tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 364
 tulburarea de personalitate paranoidă 402
 tulburarea de personalitate schizoidă 437
 tulburarea de personalitate schizotipală 469
 probleme de contratransfer 267
 programe de autoajutorare 282
 psihanaliză 66, 173, 220, 269, 339, 340, 356
 psihologia sinelui 223, 236
 tulburarea de personalitate narcisică 352
 psihoterapie analitică funcțională (FAP) 394
 psihoterapie centrată pe tipare 18, 46, 57, 58
 psihoterapie centrată pe transfer (TFP) 66, 67
 tulburarea de personalitate borderline 219
 psihoterapie dinamică de scurtă durată
 tulburarea de personalitate borderline 216
 tulburarea de personalitate dependentă 267
 tulburarea de personalitate histrionică 302
 tulburarea de personalitate paranoidă 418
 psihoterapie gestionării relațiilor 238
 psihoterapie individuală
 psihoterapie dinamică de scurtă durată 302
 psihoterapie gestionării relațiilor 238
 psihoterapie orientată spre insight 136
 psihoterapie psihanalitică 216, 340
 psihoterapie scurtă de orientare psihanalitică 342
 tulburarea de personalitate antisocială 134
 tulburarea de personalitate borderline 215

tulburarea de personalitate dependentă 264
tulburarea de personalitate evitantă 171
tulburarea de personalitate histrionică 300
tulburarea de personalitate narcisică 338
tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 377
tulburarea de personalitate paranoidă 415
tulburarea de personalitate schizoidă 447
tulburarea de personalitate schizotipală 480
psihoterapie orientată spre insight 44, 136
psihoterapie psihanalitică 216, 223, 340
psihoterapie psihodinamică
tulburarea de personalitate dependentă 266, 281
tulburarea de personalitate evitantă 173
tulburarea de personalitate histrionică 300, 301
tulburarea de personalitate schizoidă 451
tulburarea de personalitate schizotipală 490
psihoterapie scurtă de orientare psihanalitică 342
psihoterapie suportiv-expresivă 340
psihoze reactive tranzitorii 214
putere de ajustare 96, 111

putere explicativă 85, 95, 110, 111
putere predictivă 86, 96, 110, 111

Q

Quality Assurance Project 302, 518
quetiapină 242

R

rană narcisică 81, 328, 343
Reardon, M. 55, 500
reglare emoțională 32, 36, 44, 52, 65, 70, 87, 105, 106, 110, 206, 211, 213
Reich, J. 17, 75, 241, 242, 518, 530
Reid, W. 479, 519
Reinecke, M. 256, 257, 272, 497
Rennenberg, B. 180, 181, 519
Renton, J. 405, 422, 440, 453, 473, 485, 519
Rentrop, M. 188, 519
Resnick, J. 162, 507
respingere 40, 73, 98, 102
tulburarea de personalitate borderline 195, 225, 240, 241
tulburarea de personalitate dependentă 254, 257, 271
tulburarea de personalitate evitantă 146, 156, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 176
tulburarea de personalitate histrionică 288, 292, 305, 306
tulburarea de personalitate narcisică 331
tulburarea de personalitate paranoidă 405

restructurare cognitivă 382, 383
Rinaldi, C. 245, 495
Rinsley, D. 340, 519
Roche, M. 356, 519
Roemer, L. 60, 519
Rollnick, S. 57, 140, 515
Ronningstam, E. 317, 325, 337, 519
Rutan, J. 310, 350, 388, 426, 493, 519
Ryan, A. 489, 491, 519
Ryle, A. 303, 419, 520

S

sacrificiu de sine 83, 161, 177, 260, 273
Sadoff, R. 277, 520
Salkovskis, P. 392, 520
Salvatore, G. 417, 418, 500, 520
Salzman, L. 365, 378, 379, 380, 383, 388, 390, 392, 393, 416, 520
Samuels, J. 357, 520
Sanislow, C. 153, 520
Scala nivelului de funcționare a personalității (LPFS) 22, 30
conceptualizarea de caz 100, 103, 105, 107, 108
modificările din DSM-5 24
Schanche, E. 380, 520
Schane, M. 240, 520
Scheidlinger, S. 311, 521
scheme dezadaptative 62, 81, 83
tulburarea de personalitate antisocială 129
tulburarea de personalitate borderline 211
tulburarea de personalitate dependentă 260
tulburarea de personalitate evitantă 161
tulburarea de personalitate narcisică 327
tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 373
tulburarea de personalitate paranoidă 412
tulburarea de personalitate schizoidă 444
tulburarea de personalitate schizotipală 477, 486
schizofrenie 132, 169, 213, 298, 446, 447, 475, 478, 479
paranoidă 395, 428
Schoendorff, B. 394, 512
Schramm, E. 54, 514
Schwartz, J. 60, 521
Segal, Z. 48, 60, 521, 526
Seltzer, M. 172, 526
Semrad, E. 235, 499
serotonină 123, 149, 430
sertralină 184, 241
Serzone 54
Shakir, S. 235, 236, 501
Shapiro, D. 366, 403, 404, 496, 521
Shapiro, E. 351, 458, 521
Sharoff, K. 230, 231, 272, 273, 521
Shaver, P. 38, 45, 497, 505, 528
Shay, J. 310, 519
Sheldon, W. 442, 521
Sherry, A. 39, 156, 197, 252, 436, 511
Shostrum, E. 71, 521
Shulman, B. 196, 209, 521
Siegel, D. 36, 37, 40, 197, 521
Siever, L. 459, 490, 508

Sifneos, P. 268, 302, 521
 Silk, K. 76, 149, 183, 184, 280, 314, 355, 391, 392, 428, 429, 447, 459, 460, 489, 490, 522
 Silvers, F. 311, 498
 Simon, K. 369, 384, 502, 522
 Simon, W. 247, 522
 Sine nedezvoltat 63, 444
 Singer, M.T. 214, 522
 Sistemul de psihoterapie bazat pe analiza cognitiv-comportamentală (CBASP) 18, 46, 47, 54, 57
 Skodol, A. 15, 17, 28, 31, 208, 343, 496, 513, 516, 517, 522, 527
 Slavik, S. 457, 461, 522
 Slavson, S. 235, 310, 522
 Smucker, M. 232
 Snidman, N. 162, 507
 Snyder, M. 353, 354, 522
 sociopatul care suferă 126, 136
 Soloff, P. 198, 522
 Solomon, J. 38, 512
 Solomon, M. 241, 353, 354, 522, 523
 Sperry, J. 57, 58, 64, 65, 77, 89, 90, 91, 93, 96, 98, 170, 524
 Sperry, L. 12, 13, 14, 15, 18, 21, 56, 57, 58, 64, 65, 71, 72, 75, 76, 77, 83, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 98, 109, 128, 134, 149, 167, 170, 210, 259, 264, 280, 295, 300, 312, 313, 314, 334, 355, 372, 377, 391, 392, 393, 411, 415, 443, 457, 460, 476, 480, 490, 507, 509, 517, 522, 523, 524
 standarde exigente 327
 Stern, B. 338, 525

Stevenson, J. 223, 514, 525
 Stil afectiv 77, 79, 81
 tulburarea de personalitate antisocială 119, 129
 tulburarea de personalitate borderline 190, 197, 211
 tulburarea de personalitate dependentă 248, 251, 260
 tulburarea de personalitate evitantă 154, 156, 161
 tulburarea de personalitate histrionică 284, 288, 295
 tulburarea de personalitate narcisică 318, 323, 327
 tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 358, 362, 372
 tulburarea de personalitate paranoidă 396, 400, 411
 tulburarea de personalitate schizoidă 432, 435, 443
 tulburarea de personalitate schizotipală 463, 467, 476
 Stil cognitiv 79, 81
 tulburarea de personalitate antisocială 119, 129
 tulburarea de personalitate borderline 195, 211
 tulburarea de personalitate dependentă 251, 260
 tulburarea de personalitate evitantă 156, 161
 tulburarea de personalitate histrionică 287, 295
 tulburarea de personalitate narcisică 323, 326

tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 362, 372
 tulburarea de personalitate paranoidă 400, 411
 tulburarea de personalitate schizoidă 435, 443
 tulburarea de personalitate schizotipală 467, 476
 Stil comportamental 79, 81
 tulburarea de personalitate antisocială 118, 129
 tulburarea de personalitate borderline 194, 210
 tulburarea de personalitate dependentă 251, 260
 tulburarea de personalitate evitantă 155, 160
 tulburarea de personalitate histrionică 287, 295
 tulburarea de personalitate narcisică 322, 326
 tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 361, 372
 tulburarea de personalitate paranoidă 399
 tulburarea de personalitate schizoidă 435, 443
 tulburarea de personalitate schizotipală 466, 476
 Stil de atașament 38, 39, 79
 caracteristici ale tulburărilor de personalitate 81
 de desconsiderare 39, 436
 dezorganizat 40, 197
 preocupat 39, 252, 288, 362
 preocupat-temător 40, 156
 temător 39, 40, 120, 324, 401

temător-de desconsiderare 40, 120, 324, 467
 tulburarea de personalitate antisocială 113, 119, 129
 tulburarea de personalitate borderline 190, 197, 211
 tulburarea de personalitate dependentă 248, 252, 260
 tulburarea de personalitate evitantă 154, 156, 161
 tulburarea de personalitate histrionică 284, 288, 296
 tulburarea de personalitate narcisică 318, 323, 327
 tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 358, 362, 372
 tulburarea de personalitate paranoidă 396, 401, 412
 tulburarea de personalitate schizoidă 432, 436, 443
 tulburarea de personalitate schizotipală 463, 467, 476
 Stiles, T. 172, 380, 520, 526
 Stil interpersonal 79, 81
 tulburarea de personalitate antisocială 118, 129
 tulburarea de personalitate borderline 194, 211
 tulburarea de personalitate dependentă 251, 260
 tulburarea de personalitate evitantă 156, 160
 tulburarea de personalitate histrionică 287, 295
 tulburarea de personalitate narcisică 323, 326

- tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 362
tulburarea de personalitate paranoidă 400
tulburarea de personalitate schizoidă 435, 443
tulburarea de personalitate schizotipală 466, 476
stilul de personalitate antisocială 113, 115
stilul de personalitate borderline 190, 191, 192
stilul de personalitate dependent 248, 249
stilul de personalitate evitant 154, 157
stilul de personalitate histrionic 284, 285
stilul de personalitate narcisic 318, 319
stilul de personalitate obsesiv-compulsiv 358
stilul de personalitate paranoid 396, 397
stilul de personalitate schizoid 432, 433
stilul de personalitate schizotipal 463, 464
Stockwell, M. 279, 313, 511
Stone, M. 43, 235, 315, 448, 451, 457, 460, 480, 482, 483, 488, 489, 490, 510, 525
Stone, W. 310, 350, 519, 525
strategii de-jos-în-sus 46, 47, 64
strategii de medicație
tulburarea de personalitate antisocială 149
- tulburarea de personalitate borderline 241
tulburarea de personalitate dependentă 280
tulburarea de personalitate evitantă 183
tulburarea de personalitate histrionică 314
tulburarea de personalitate narcisică 355
tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 391
tulburarea de personalitate paranoidă 428
tulburarea de personalitate schizoidă 459
tulburarea de personalitate schizotipală 489
- strategii de-sus-în-jos 46
Strauss, J. 382, 525
Stravynski, A. 180, 181, 526
Strupp, H. 184, 265, 268, 526
Studiul Menninger 220, 496, 506, 507
subjugare 63, 444, 454
Sungar, M. 292, 306, 526
Svartberg, M. 172, 380, 520, 526
Swiercinsky, D. 214, 479, 526
- T**
tablou clinic 34, 321
Tacbacnik, N. 244, 526
Tafrate, R. 125, 139, 516
Tarrier, N. 89, 526
TAT. *Vezi* Testul de Apercepție Tematică (TAT)
Teasdale, J. 48, 60, 61, 521, 526

- tehnici proiective 132
tema fundamentală a conflictelor din relație (CCRT) 267
temperament 42, 44, 123, 255, 367, 371, 409, 410, 429, 442, 472, 526, 528
caracteristici ale tulburărilor de personalitate 81, 129, 161, 211, 260, 295, 327, 372, 412, 443, 476
tentative de suicid 87, 198, 219
teoria biopsihosocială 57
teoria dialogică a sinelui 418
teoria relațiilor cu obiectul 66, 202, 203, 352
terapia centrată pe dezvoltare 18, 46, 71, 393
nivelurile de dezvoltare a personalității 72
terapia centrată pe metacogniție 417
terapia centrată pe scheme 61, 64, 530
tulburarea de personalitate antisocială 142
tulburarea de personalitate borderline 205, 231
tulburarea de personalitate dependentă 273
tulburarea de personalitate evitantă 176, 177
tulburarea de personalitate histrionică 307
tulburarea de personalitate narcisică 346, 347
tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 384

- tulburarea de personalitate paranoidă 423
tulburarea de personalitate schizoidă 454
tulburarea de personalitate schizotipală 485
terapia cognitivă bazată pe mindfulness 47
terapia de grup
tulburarea de personalitate antisocială 144, 145
tulburarea de personalitate borderline 226, 234
tulburarea de personalitate dependentă 275
tulburarea de personalitate evitantă 179
tulburarea de personalitate histrionică 309
tulburarea de personalitate narcisică 349
tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 387
tulburarea de personalitate paranoidă 425
tulburarea de personalitate schizoidă 455
tulburarea de personalitate schizotipală 488
terapia strategiilor de coping cognitiv 230, 272
terapia suportivă 449, 488
terapie cognitivă 14, 48, 303
tulburarea de personalitate borderline 205, 224
tulburarea de personalitate narcisică 344

- tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 387
tulburarea de personalitate schizoidă 451
terapie cognitiv-comportamentală (CBT) 47
tradițională 48, 49
tulburarea de personalitate antisocială 141, 151
tulburarea de personalitate evitantă 173, 176, 182
tulburarea de personalitate histrionică 300
terapie comportamentală 61, 150, 182, 236, 237
terapie comportamentală dialectică 18, 46, 47, 48, 60, 86, 106, 198, 205, 206, 215, 226, 238, 338
terapie de cuplu și de familie
tulburarea de personalitate antisocială 147
tulburarea de personalitate borderline 238
tulburarea de personalitate dependentă 277
tulburarea de personalitate evitantă 182
tulburarea de personalitate histrionică 311
tulburarea de personalitate narcisică 348, 351, 353
tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 389
tulburarea de personalitate paranoidă 426
tulburarea de personalitate schizoidă 457, 459
tulburarea de personalitate schizotipală 488
terapie de familie. *Vezi* terapie de cuplu și de familie
terapie interpersonală
tulburarea de personalitate borderline 208, 240
tulburarea de personalitate evitantă 179
teste psihometrice 29. *Vezi și* datele testărilor psihologice
Testul de Apercepție Tematică (TAT)
tulburarea de personalitate antisocială 131
tulburarea de personalitate borderline 213
tulburarea de personalitate dependentă 262
tulburarea de personalitate histrionică 297
tulburarea de personalitate narcisică 335
tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 375
tulburarea de personalitate paranoidă 413
tulburarea de personalitate schizoidă 445
Testul de psihodiagnostic Rorschach
tulburarea de personalitate antisocială 131
tulburarea de personalitate borderline 213
tulburarea de personalitate dependentă 262

- tulburarea de personalitate evitantă 168
tulburarea de personalitate histrionică 297
tulburarea de personalitate narcisică 335
tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 375
tulburarea de personalitate paranoidă 413
tulburarea de personalitate schizoidă 445
tulburarea de personalitate schizotipală 478
The Buddha and the borderline (Van Gelder) 528
Thomas, A. 42, 123, 127, 166, 204, 209, 472, 526
Thomas, K. 395, 431, 506
Thylstrup, B. 448, 527
tipar dezadaptativ 58, 59, 92, 105
tipare 13, 18, 42, 46, 56, 57, 58, 61, 83, 131, 143, 164, 170, 177, 178, 182, 204, 206, 209, 221, 232, 233, 234, 237, 269, 274, 307, 309, 348, 356, 371, 378, 385, 407, 410, 423, 426, 442, 452, 458, 475, 486
TOC 376, 377. *Vezi și* tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă
Toman, W. 367, 527
Torgerson, S. 471
transfer erotic 301
tratamentul bazat pe mentalizare (MBT) 69
tulburarea de personalitate borderline 218
tratamentul obișnuit (TO) 53, 142
tratamentul tulburărilor de personalitate 5, 12, 15, 18, 21, 22, 46, 61, 71, 75, 84
intervenții structurate de tratament 64, 65
metode de tratament combinate 76. *Vezi și* metode de tratament combinate și integrate
mindfulness 59
neuroștiințele și procesele de tratament 46
psihoterapie centrată pe tipare 57
psihoterapie centrată pe transfer (TFP) 66
strategii de-jos-în-sus 46
strategii de medicație 75. *Vezi și* strategii de medicație
strategii de-sus-în-jos 46
tendențe 36
terapia centrată pe dezvoltare 46
terapia centrată pe scheme 61
terapie comportamentală dialectică 48
terapii cognitiv-comportamentale. *Vezi* terapie cognitiv-comportamentală (CBT)
tipare 42, 56
tratamentul bazat pe mentalizare (MBT) 69
Treating the Borderline Family (Everett et al.) 239, 501
Trujillo, M. 344, 527
tulburarea Asperger 469

tulburarea bipolară 75, 133, 214, 415
 tulburarea de conduită
 tulburarea de personalitate
 antisocială 121
 tulburarea de depersonalizare 446
 tulburarea delirantă 418, 424
 tulburarea de panică 60, 214, 263,
 376, 415
 tulburarea de personalitate antiso-
 cială 112
 caracteristici 129
 comportamentul și raportul în
 timpul interviului 130
 conceptualizarea de caz bioso-
 cială 123
 conceptualizare de caz cogni-
 tiv-comportamentală 125
 conceptualizare de caz integra-
 tivă 127
 conceptualizare de caz inter-
 personală 126
 conceptualizare de caz psihodi-
 namică 122
 criteriul optim de diagnostic
 120
 datele testărilor psihologice
 131
 descriere 113
 descrierea din DSM-5 120
 evaluarea 130
 evenimente declanșatoare 118
 prevalență 122
 prezentare prototip 121
 și tulburarea de personalitate
 psihopată 116
 și tulburarea de personalitate
 sociopată 117

stil afectiv 119
 stil cognitiv 119
 stil comportamental 118
 stil de atașament 119
 stil de atașament temător-de
 desconsiderare 120
 stil interpersonal 118
 strategii de medicație 149
 studii de caz 115, 116
 tratament 133
 tulburarea de personalitate bor-
 derline 189
 abordarea din perspectiva
 mentalizării 202
 abuz în copilărie 197
 caracteristici 210
 comparație între stilul de
 personalitate și tulburarea
 de personalitate borderline
 191
 comportamentul și raportul în
 timpul interviului 212
 conceptualizarea de caz psiho-
 dinamică 200
 conceptualizare de caz biosoci-
 ală 203
 conceptualizare de caz cogni-
 tiv-comportamentală 205
 conceptualizare de caz integra-
 tivă 208
 conceptualizare de caz inter-
 personală 206
 criteriul optim de diagnostic
 197
 datele testărilor psihologice
 131
 descriere 190

descrierea DSM-5 199
 evaluare 212
 evenimente declanșatoare 194
 indivizii borderline-dependenți
 204
 indivizii borderline-histrionici
 204
 indivizii borderline-pasiv agre-
 sivi 204
 prevalența 200
 prezentare prototip 200
 psihoterapie individuală 215
 stil afectiv 197
 stil cognitiv 195
 stil comportamental 194
 stil de atașament 197
 dezorganizat 197
 stil interpersonal 194
 studii de caz 192, 193
 tratament 214
 tulburarea de personalitate depen-
 dentă 247
 caracteristici 260
 comportamentul și raportul în
 timpul interviului 212
 conceptualizare de caz biosoci-
 ală 203
 conceptualizare de caz cogni-
 tiv-comportamentală 205
 conceptualizare de caz integra-
 tivă 208
 conceptualizare de caz inter-
 personală 206
 criteriul optim de diagnostic
 197
 datele testărilor psihologice
 131

descriere 248
 descrierea DSM-5 252
 evaluare 212
 evenimente declanșatoare 251
 hiperprotecția parentală 255,
 259
 prevalența 254
 prezentare prototip 200
 stil afectiv 251
 stil cognitiv 251
 stil comportamental 251
 stil de atașament 252
 preocupat 252
 stil interpersonal 251
 studii de caz 250
 tratament 263
 tulburarea de personalitate evitan-
 tă 153
 bazată pe anxietate 164
 caracteristici 160
 comportamentul și raportul în
 timpul interviului 168
 conceptualizare de caz biosoci-
 ală 162
 conceptualizare de caz cogni-
 tiv-comportamentală 163
 conceptualizare de caz integra-
 tivă 166
 conceptualizare de caz inter-
 personală 165
 conceptualizare de caz psihodi-
 namică 161
 criteriul optim de diagnostic
 157
 datele testărilor psihologice
 168
 descriere 154

descrierea DSM-5 158
 evaluare 167
 evenimente declanșatoare 155
 prevalență 160
 prezentare prototip 159
 și fobia socială 176
 stil afectiv 156
 stil cognitiv 156
 stil comportamental 155
 stil de atașament 156
 stil de atașament preocupat-temător 156
 stil interpersonal 156
 studii de caz 157, 158
 tratament 169
 tulburarea de personalitate histrionică 283
 caracteristici 295
 comportamentul și raportul în timpul interviului 212
 conceptualizare de caz biosocială 203
 conceptualizare de caz cognitiv-comportamentală 205
 conceptualizare de caz integrativă 208
 conceptualizare de caz interpersonală 206
 criteriul optim de diagnostic 197
 datele testărilor psihologice 131
 descriere 284
 descrierea DSM-5 289
 evaluare 212
 evenimente declanșatoare 287
 prevalență 290

prezentare prototip 200
 stil afectiv 288
 stil cognitiv 287
 stil comportamental 287
 stil de atașament 288
 preocupat 288
 stil interpersonal 287
 studii de caz 285, 286
 tratament 299

tulburarea de personalitate narcisică 317
 caracteristici 326
 comportamentul și raportul în timpul interviului 212
 conceptualizare de caz biosocială 203
 conceptualizare de caz cognitiv-comportamentală 205
 conceptualizare de caz integrativă 208
 conceptualizare de caz interpersonală 206
 criteriul optim de diagnostic 197
 datele testărilor psihologice 131
 descriere 318
 descrierea DSM-5 324
 evaluare 212
 evenimente declanșatoare 322
 prevalență 326
 prezentare prototip 200
 stil afectiv 323
 stil cognitiv 323
 stil comportamental 322
 stil de atașament 323
 temător-de desconsiderare 324

stil interpersonal 323
 studii de caz 320
 tipul ascuns 322
 tipul malign 322
 tipul manifest 321
 tratament 337

tulburarea de personalitate nespecificată (NOS) 25

tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 357
 caracteristici 372
 comportamentul și raportul în timpul interviului 212
 conceptualizare de caz biosocială 203
 conceptualizare de caz cognitiv-comportamentală 205
 conceptualizare de caz integrativă 208
 conceptualizare de caz interpersonală 206
 criteriul optim de diagnostic 197
 datele testărilor psihologice 131
 descriere 396
 descrierea DSM-5 401
 evaluare 212
 evenimente declanșatoare 399
 prevalență 402
 prezentare prototip 200
 stil afectiv 400
 stil cognitiv 400
 stil comportamental 399
 stil de atașament 401
 temător 401
 stil interpersonal 400
 studii de caz 397, 398
 tratament 414

tulburarea de personalitate pasiv-agresivă 34, 214, 376

tulburarea de personalitate psihopată 112, 116

558 tulburarea de personalitate schizoidă 431
 caracteristici 443
 comportamentul și raportul în timpul interviului 212
 conceptualizare de caz biosocială 203
 conceptualizare de caz cognitiv-comportamentală 205
 conceptualizare de caz integrativă 208
 conceptualizare de caz interpersonală 206
 criteriul optim de diagnostic 197
 datele testărilor psihologice 131
 descriere 432
 descrierea DSM-5 436
 evaluare 212
 evenimente declanșatoare 435
 prevalența 437
 prezentare prototip 200
 stil afectiv 435
 stil cognitiv 435
 stil comportamental 435
 stil de atașament 436
 de desconsiderare 436
 stil interpersonal 400
 studii de caz 433, 434
 tratament 446
 tulburarea de personalitate schizotipală 462
 caracteristici 476
 comportamentul și raportul în timpul interviului 212
 conceptualizare de caz biosocială 203
 conceptualizare de caz cognitiv-comportamentală 205
 conceptualizare de caz integrativă 208
 conceptualizare de caz interpersonală 206
 criteriul optim de diagnostic 197
 datele testărilor psihologice 131
 descriere 463
 descrierea DSM-5 468
 evaluare 212
 evenimente declanșatoare 466
 prevalența 470
 prezentare prototip 200
 stil afectiv 467
 stil cognitiv 467
 stil comportamental 466
 stil de atașament 467
 temător-de desconsiderare 467
 stil interpersonal 466
 studii de caz 464, 465
 tratament 479
 tulburarea de personalitate sociopată 115, 117, 118
 tulburarea depresivă majoră 98
 tulburarea depresivă persistentă 208, 264, 299, 337
 tulburarea distimică 132, 214, 336
 tulburarea schizoafectivă 214
 tulburări disociative 214, 479
 tulburări factice 133, 264
 tulburările legate de consum de substanțe 151
 tulburările simptomului somatic 376

Turkat, I. 77, 78, 126, 136, 164, 175, 226, 257, 272, 278, 292, 305, 331, 332, 369, 383, 405, 406, 421, 441, 473, 483, 510, 527
 Turkat, L. 305, 369, 384, 421, 429, 527

V

Vaccari, J. 245
 Valliant, G. 135
 Van der Kolk, B. 197
 Van Gelder, K. 107
 Vaughn, B. 42
 Vinogradov, S. 426

W

Waddell, M. 278, 281
 Wagner, E. și C. 133
 Waldinger, R. 215
 Waldo, M. 240, 241
 Walker, E. 489, 491
 Walker, R. 145, 146, 147
 Wallerstein, R. 221, 268
 Walsh, A. 115
 Weeks, G. 176
 Weishaar, M. 61
 Weissman, M. 208
 Weissman, R. 235
 Wells, M. 388, 393
 Westen, D. 121, 159, 253, 289, 325, 364, 402, 437, 469
 Whiteman, R. 350
 Wienclaw, R. 455

Wilberg, T. 182
 Williams, J. 48, 421, 422, 429
 Williams, M. 48, 60
 Williamson, D. 255
 Williams, P. 417
 Winer, J. 300
 Winstead, B. 136
 Winston, A. 302
 Wolberg, L. 268, 269
 Woody, G. 136, 150
 Wooff, K. 237
 Woo-Ming, A. 459, 490
 Wright, A. 27, 356
 Wu, H.H. 115
 Wurmser, L. 162

Y

Yakeley, J. 138, 147
 Yalom, I. 145, 179, 276, 387, 426, 457
 Yeomans, F. 66, 202, 321, 338
 Young, J. 61, 64, 83, 205, 231, 338, 347, 423, 454
 Young, P. 61, 64, 142, 176, 177, 205, 231, 273, 307, 346, 347, 381, 384, 423, 454, 485, 486
 Yue, D. 92
 Yule, W. 181

Z

Zanarini, M. 17, 76, 189, 198
 Zimbardo, P. 186
 Zoloff 184