PERSISTENȚA MECANISMELOR ARHAICE DE APĂRARE ÎN TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

SIMONA TRIFU[*] , CRISTINA DELCUESCU[**]

Abstract

This is a research paper in the field of Clinical Psychology, regarding personality disorders and having implications for psychiatry (the subjects are being hospitalized for decompensation with notes of anxiety, depression or interpretive phenomena).

The hypothesis was one of a fragile Ego, marked by immature defence mechanisms and archaic functioning. The group of patients underwent a complex battery of psychological tests (The CAQ Personality Inventory, DSQ Inventory, Szondy Test) and the results show diverse profiles, explained from a modern psychodynamic perspective.

The conclusions show that an early recognition of such an *atypical* profile aids significantly – in clinical psychology – in preventing decompensation of clinical psychiatric intensity.

Cuvinte-cheie: Eu fragil, mecanisme de apărare imature, funcționare arhaică, decompensări de coloratură anxioasă, depresivă sau interpretativă.

Keywords: fragile Self, immature defence mechanism, archaic functionality, anxious instability, depresive and interpretative instability.

1. INTRODUCERE

Studiul ales este unul constatator, în sensul că s-a pornit de la premisele psihodinamicii moderne. Acestea susțin faptul că în afara trăsăturilor de personalitate / vulnerabilitate semnificativ specifice unei anumite dizarmonii, există un profil comun de „vulnerabilitate" al tuturor tulburărilor de personalitate, decompensările de o coloratură sau alta (în termeni psihiatrici – un al doilea diagnostic adițional de axa I) depinzând de constituția persoanei şi de o serie de alți factori constituționali, sociali, economici şi nu în ultimul rând, psihologici.

Depistarea tulburării de personalitate, descrierea contextului psihosocial în care apare un prim sau un nou episod de decompensare psihiatrică, precum şi dinamica intrapsihică de la cauză la efect ne face să dorim să semnalăm caracteristicile psihice individuale şi situațiile potențiale ce favorizează menținerea decompensărilor de intensitate psihiatrică, deoarece presupunem că aceasta este consecința unui dezechilibru între factorii de risc şi factorii compensatori.

[*] Spitalul Clinic „Prof. Dr. Al. Obregia", Bucureşti.
[**] Universitatea Bucureşti.

Rev. Psih., vol. 58, nr. 1, p. 33–44, Bucureşti, ianuarie – martie 2012

2. METODOLOGIA CERCETĂRII

2.1. OBIECTIVELE CERCETĂRII

Obiective teoretice:

– prezentarea perspectivelor moderne de abordare a tulburărilor de personalitate;

– prezentarea din *viziune psihodinamică* a mecanismelor de apărare utilizate de aceşti pacienţi;

– prezentarea *perspectivei personologice*.

Obiective practice:

– conturarea unui model de investigare complex medico-psiho-social;

– aprofundarea cunoaşterii *afectării structurii de personalitate* şi *a mecanismelor de apărare după care cel în cauză funcţionează*;

– exprimarea unor posibilităţi predictive în vederea unei reale creşteri a perspectivelor terapeutice.

2.2. INSTRUMENTELE UTILIZATE

– ***Testul proiectiv de personalitate Szondi*** – care are avantajul de a scoate în evidenţă *trăsăturile actuale*, *structura* (elementele ce nu se modifică pe parcursul vieţii) şi *pulsiunile ce se acumulează şi se vor descărca în viitor.*

– ***Chestionarul stilului defensiv DSQ*** – ce evidenţiază *mecanisme de apărare* grupate în *stiluri* (cum ar fi *comportament maladaptativ, imagine de sine distorsionată, autosacrificiu, stil adaptativ*). *Mecanismele de apărare* ţin de perspectiva psihanalitică, iar *stilurile* de perspectiva cognitivist-comportamentalistă a copingului.

– ***Inventarul de personalitate CAQ*** – alcătuit din forma A a chestionarului Cattel, la care se adaugă 144 de itemi grupaţi în 12 scale clinice, etalonat şi validat pe populaţia românească şi demonstrat cu o curbă ROC superioară MMPI-ului forma 1.

2.3. IPOTEZELE GENERALE

1. Presupunem că există un profil comun al subiecţilor ce prezintă tulburări de personalitate, dincolo de profilele diferenţiate descrise amplu în inventarele diagnostice tip DSM-IV – TR, ICD 10, respectiv că nu există diferenţe semnificative între rezultatele obţinute la fiecare dintre cele trei instrumente diagnostice utilizate în funcţie de fiecare tulburare de personalitate specifică.

2. Presupunem că acest profil va avea drept trăsături centrale tensiunea, insecuritatea, nevoia de a primi aprobarea celorlalţi, respectiv aspecte din sfera anxietăţii şi dependenţei şi a unui coping dezadaptativ şi în mai mică măsură aspecte ce vizează independenţa, stabilitatea emoţională şi copingul adaptativ.

3. Presupunem că există o strânsă legătură între factorii de personalitate, mecanismele şi stilurile defensive şi factorii de mediu, sociali, economici, constituţionali etc., în sensul că apariţia şi evoluţia unei decompensări de intensitate psihiatrică, precum şi posibilităţile recuperatorii sunt rezultatul interacţiunii comune a acestora.

3. REZULTATE OBȚINUTE

Studiul a fost efectuat pe un lot de 386 de pacienți, distribuiți în 10 categorii de tulburări de personalitate: borderline 42; histrionică 33; schizoidă 30; obsesiv-compulsivă 39; anxioasă 35; narcisică 30; paranoidă 46; dependentă 32; evitantă 60; pasiv-agresivă 39.

Vârsta pacienților investigați variază între 18 şi 65 de ani, cu o preponderență a pacienților cu vârste cuprinse între 35 şi 57 de ani (> 50% din populația investigată).

În ceea ce priveşte repartiția pe sexe, 32,9% din populația investigată, respectiv 127 de pacienți, este de sex masculin şi 67,1% din populația investigată, respectiv 259 de pacienți, este de sex feminin.

Privind statutul marital al pacienților investigați, 49,9% dintre pacienți sunt necăsătoriți, 10,4% sunt căsătoriți, dar nu au copii, 13,7% sunt căsătoriți şi au şi copii, 11,4% sunt divorțați fără a avea copii, 12,2% sunt divorțați şi au copii din căsnicie.

Dintre pacienții investigați, 91, respectiv 23,6%, au fost diagnosticați anterior studiului nostru cu tulburare de personalitate, 14,2% dintre pacienți au un diagnostic psihiatric adiacent, 25,5% au un QI scăzut şi 31,6% prezintă anumite dizabilități.

În 85,5% dintre cazuri familia este prezentă, 51% dintre aceştia au avut o bună adaptare premorbidă şi 40,4% dintre pacienți au o rețea de suport social.

În ceea ce priveşte factorul socio-economic, 51,3% dintre pacienți au venituri scăzute, 93% dintre aceştia au suferit o deteriorare față de cel mai înalt nivel de funcționare atins, 75% dintre pacienți au schimbat cel puțin două locuri de muncă şi în 36,8% dintre cazuri a avut loc o prăbuşire a calității vieții şi doar 45,6% dintre pacienți au o atitudine pozitivă față de muncă.

3.1. IPOTEZE DE LUCRU:

1. **Presupunem că nu există diferențe semnificative între rezultatele obținute la fiecare dintre cele trei instrumente diagnostice utilizate (respectiv testul Szondi, chestionarul CAQ şi chestionarul DSQ) în funcție de diferitele tipuri specifice de tulburare de personalitate.**

A fost utilizat testul One-way ANOVA, care pune în evidență semnificația diferențelor dintre mediile variabilelor dependente.

Rezultatele ANOVA la fiecare dintre cele trei instrumente psihodiagnostice selectate (Szondi, CAQ şi DSQ) nu diferă semnificativ în funcție de tipul de tipul tulburării de personalitate ($F(9, 385)$ a avut valori între 0,022 şi 1,428, sub nivelul de semnificație, p a avut valori 0,174 şi 1,000).

Aceasta înseamnă că nu există diferențe semnificative la nivelul celor trei instrumente psihodiagnostice selectate în funcție de tipul tulburării de personalitate şi putem afirma că *ipoteza de lucru 1 se confirmă.*

2. **Presupunem că există diferențe semnificative între scorurile obținute de femei la factorii Szondi S h, CAQ căldură afectivă, CAQ sensitivitate, la**

factori din sfera depresiei precum şi la stilul defensiv DSQ imagine de sine distorsionată de sine şi cele obţinute de bărbaţi la aceleaşi scale, în sensul că femeile vor tinde să obţină scoruri mai ridicate la acestea faţă de bărbaţi.

Femeile din populaţia analizată tind să manifeste mai multă fatigabilitate, tristeţe comparativ cu populaţia masculină, să apeleze la un stil defensiv care se bazează pe conturarea unei imagini de sine distorsionate (respectiv a utiliza o percepţie distorsionată despre propriile posibilităţi şi capacitatea redusă de integrare a Eului, imaginea şi investirea celuilalt) (de altfel, aceasta este o dimensiune care, după cum se va observa ulterior, este extrem de sensibilă la prezenţa a diverşi factori sociali, de mediu, constituţionali etc.) şi, în medie, *tind să aibă o vârstă mai mică decât a bărbaţilor din populaţia analizată*.

Concluzionând, putem afirma că ipoteza de lucru 2 se confirmă.

Media de vârstă a femeilor diagnosticate cu tulburare de personalitate tinde să fie semnificativ mai scăzută decât media de vârstă a bărbaţilor.

3. **Presupunem că tensiunea, insecuritatea, nevoia constantă de aprobare din partea celorlalţi, preocuparea şi dependenţa sunt trăsăturile caracteristice ale profilului tulburării de personalitate (respectiv factorii CAQ tensiune, CAQ insecuritate, CAQ căldură afectivă şi CAQ radicalism vor avea scoruri superioare mediei).**

4. **Presupunem că trăsăturile „protective" precum stabilitatea emoţională, dominanţa şi autosuficienţa vor caracteriza în mai mică măsură profilul unei dizarmonii de personalitate, respectiv vor avea scoruri sub medie.**

5. **Presupunem că la un nivel mai profund, respectiv la nivelul rezultatelor testului Szondi vom regăsi scoruri mai ridicate la factori precum Szondi S s, Szondi SCH p şi Szondi C d şi scoruri sub medie la factorul Szondi C m sau Szondi S h (respectiv o situaţie aparent opusă celei de la nivel conştient)**.

Mediile a cinci dintre factorii CAQ, respectiv căldură afectivă, senzitivitate, insecuritate, radicalism şi tensiune, depăşesc uşor spre moderat media populaţiei generale, ultimul factor depăşind semnificativ media generală a populaţiei, în timp ce factorul *stabilitate emoţională* are valori sub media generală a populaţiei, confirmând resursele reduse ale acestor subiecţi în a face faţă încercărilor şi decompensărilor de intensitate psihiatrică.

De asemenea, se pot remarca scorurile sub media generală a populaţiei la factorii *CAQ dominanţă şi CAQ autosuficienţă*, în contrapoziţie cu factorii CAQ perspicacitate, CAQ radicalism, CAQ plictiseală şi retragere şi CAQ depresie anxioasă care au obţinut scoruri medii şi superioare mediei.

Pentru a se vedea dacă media acestor factori diferă semnificativ de media celorlalţi factori CAQ consideraţi, a fost aplicat Paired Sample T-Test.

Acestor *persoane care tind să fie mai anxioase şi mai frustrate, cu o nevoie imperioasă de a fi aprobate de ceilalţi, preocupate şi cu sentimente de vinovăţie, nesigure şi dependente şi care totuşi reuşesc să fie inovative* le lipsesc tocmai acele elemente de contrabalans adaptativ, respectiv o mai bună capacitate de a face faţă

situațiilor stresante, o mai mare capacitate de a-şi exprima sentimentele ostile fără teama de a fi respinse de ceilalți şi fără să resimtă culpabilitate. Aceste persoane par a avea mai multă nevoie de confirmarea celorlalți decât media, au puțină încredere în ei şi tind să renunțe la propriile dorințe pentru a face pe plac celorlalți.

Acest profil corespunde teoriilor legate de anumite tulburări de personalitate care se referă mai ales la incapacitatea de exteriorizare a bolnavilor, ce are drept consecință descărcarea tensiunii asupra propriului corp sub forma decompensărilor de intensitate psihiatrică-anxioasă, depresivă sau senzitiv-interpretativă.

Concluzionând, putem afirma că ipotezele de lucru se confirmă.

Persoanele care ajung să dezvolte o decompensare psihiatrică suprapusă unei tulburări de personalitate prezintă o fragilitate bazală în sfera gestionării tensiunii şi anxietății, capacității de exprimare emoțională, această fragilitate reprezentând „terenul propice".

Cinci sunt factorii Szondi care depăşesc media populației, doi dintre aceştia, respectiv factorul Szondi P e şi Szondi SCH k depăşind uşor media, ceilalți trei având valori superioare mediei, respectiv Szondi S s, Szondi SCH p şi Szondi C d.

Subiecții ce supraadaugă un diagnostic psihiatric unei tulburări de personalitate prezintă probleme de ataşament, resimțind nesiguranța permanenței relațiilor obiectuale şi manifestă suficientă agresivitate. Pentru a se vedea dacă media acestor factori diferă semnificativ de media celorlalți factori Szondi considerați, a fost aplicat Paired Sample T-Test.

Concluzionând, putem afirma că şi următoarea ipoteză de lucru se confirmă.

Aparent există o discrepanță între rezultatele obținute la CAQ şi cele obținute la Szondi. Acest lucru se datorează faptului că cele două instrumente investighează nivele diferite – conştient, respectiv inconştient – de funcționare psihică.

Specificul acestor pacienți cu tulburări de personalitate, care la un anumit moment al vieții se decompensează şi ajung în aria psihiatriei, este că au nevoie de *Altul* pentru a supraviețui. Deoarece viața le este amenințată la nivel fantasmat, *apare o reorganizare afectivă şi defensivă pentru a se conserva şi utilizează într-o mai mare măsură mecanisme mai primitive de supraviețuire*.

Putem vorbi de un stil de *ataşament nesigur*, cu o *prevalență a componentei anxios-evitante.*

Deoarece pacienții au fost investigați în cursul internării, putem vorbi de predominanța unui stil de ataşament care sugerează un ataşament specific copilului.

6. **Presupunem că rezultatele la Coeficientul incapacității adaptative vor corela semnificativ negativ cu mecanismul DSQ afiliere şi pozitiv cu un mecanism defensiv involuat (DSQ clivaj sau DSQ anulare retroactivă)**.

Rezultatele la mecanismul DSQ afiliere corelează negativ semnificativ cu rezultatele la coeficientul incapacității adaptative, r = –0,257; sig. = 0,000; acesta înseamnă că cu cât valoarea coeficientului incapacității adaptative este mai mare, cu atât scorurile la mecanismul defensiv afiliere tind să fie mai scăzute.

Rezultatele la mecanismul DSQ anulare retroactivă corelează pozitiv semnificativ cu rezultatele la coeficientul incapacității adaptative, r = 0,237; sig. = 0,000; aceasta înseamnă că valorile ridicate la mecanismul defensiv anulare retroactivă vor tinde să se asocieze cu valori ridicate la coeficientul incapacității adaptative.

Rezultatele vin să confirme experiența clinică potrivit căreia afilierea, în calitate de mecanism de apărare mai evoluat, ar trebui să se asocieze cu o bună capacitate adaptativă, iar anularea retroactivă, considerată drept mecanism de apărare nevrotic, să se asocieze cu o mai mică capacitate adaptativă.

Aşadar, cu cât un pacient are o mai bună capacitate adaptativă, cu atât el va folosi mai mult afilierea ca mecanism de apărare şi mai puțin anularea retroactivă.

7. **Presupunem că tensiunea, în calitate de caracteristică de bază din profilul unei tulburări de personalitate, va manifesta o sensibilitate crescută la influența factorilor sociali, de mediu, economici etc**.

8. **Presupunem că prezența factorului social (respectiv prezența sau absența suportului social, a relațiilor mai mult sau mai puțin satisfăcătoare cu ceilalți etc.) va produce diferențe semnificative la nivelul trăsăturilor caracteristice ale profilului unei tulburări de personalitate (respectiv CAQ tensiune, CAQ insecuritate, CAQ senzitivitate, CAQ radicalism), precum şi asupra nivelului de maturitate al mecanismelor şi stilurilor defensive utilizate (DSQ afiliere, DSQ imagine de sine distorsionată)**.

9. **Presupunem că afilierea, în calitate de mecanism defensiv adaptativ, va avea scoruri semnificativ mai scăzute exact la acei factori care reprezintă reducerea interacțiunilor sociale, respectiv: scăderea relațiilor cu prietenii, scăderea abilităților sociale, scăderea interesului şi a activităților adaptative etc**.

10. **Presupunem că elementele componentei afective analizate (traume, climat EE etc.) vor produce diferențe semnificative atât la nivelul factorilor de personalitate din sfera afectivă (de exemplu, CAQ sensitivitate, CAQ impulsivitate etc.), dar şi la nivelul trăsăturilor caracteristice ale profilului unei dizarmonii de personalitate şi la nivelul mecanismelor şi stilurilor defensive (respectiv DSQ afiliere etc.)**.

11. **Presupunem că la nivelul simptomelor din sfera depresiei, factorul CAQ tensiune va avea valori semnificativ mai ridicate la pacienții la care aceste simptome sunt prezente față de pacienții la care aceste simptome lipsesc**.

12. **Presupunem că stilurile defensive mai puțin adaptative precum DSQ imagine de sine distorsionată şi DSQ autosacrificiu sunt extrem de sensibile la influența factorilor de mediu, sociali, economici etc**.

Pentru a identifica influența pe care prezența diverşilor factori psihologici, psihosociali, economici şi constituționali o are asupra dimensiunilor, trăsăturilor de personalitate şi stilurilor defensive, s-a aplicat *Testul T pentru eşantioane independente* pentru a se vedea dacă există diferențe la nivelul trăsăturilor de personalitate şi a

stilurilor defensive între pacienţii la care factorul analizat este prezent faţă de pacienţii la care acest factor nu este prezent.

Din punct de vedere clinic, sunt consideraţi semnificativi acei factori a căror prezenţă produce diferenţe semnificative la nivelul a cât mai multe dimensiuni, factori şi stiluri defensive.

De asemenea, poate fi considerat semnificativ şi reversul, cu cât o dimensiune/ un factor/stil variază în funcţie de prezenţa a cât mai mulţi factori, cu atât valorile acelei dimensiuni/ acelui factor/stil pot fi considerate ca fiind indici clinici ai evoluţiei şi/sau riscului/recuperabilităţii datorită senzitivităţii crescute a acesteia.

Factorul atitudinea pozitivă faţă de muncă a produs diferenţe semnificative la nivelul factorilor Szondi S h, CAQ stabilitate emoţională, CAQ autosuficienţă şi la nivelul mecanismelor şi stilurilor defensive DSQ denegare, DSQ refugiu în reverie, DSQ imagine de sine distorsionată şi DSQ autosacrificiu, în sensul că pacienţii la care acest factor este prezent tind să obţină scoruri semnificativ mai ridicate la factorul CAQ stabilitate emoţională şi la stilul defensiv denegare, şi scoruri semnificativ mai scăzute la factorii Szondi S h şi CAQ autosuficienţă şi la mecanismele şi stilurile defensive refugiu în reverie, imagine de sine distorsionată şi autosacrificiu faţă de cei la care acest factor nu este prezent.

Aceşti pacienţi au o mai mare toleranţă la stres şi un nivel mai mic de anxietate, preferă să lucreze în grup şi utilizează în mai mică măsură o serie de mecanisme de apărare imature, precum refugiul în reverie şi stilul imagine de sine distorsionată, ce reuneşte mecanisme precum omnipotenţa, idealizarea şi clivajul.

Deşi utilizează denegarea ca mecanism imatur de apărare (ca şi majoritatea mecanismelor pe care cei în cauză le utilizează), în situaţia de faţă ele se demonstrează ca adaptative, întrucât le permit o descărcare a tensiunii într-o manieră adecvată.

Putem concluziona că pacienţii la care acest factor este prezent posedă resurse adecvate necesare pentru a face faţă situaţiilor.

Factorul scăderea interesului şi a activităţilor recreative a produs diferenţe semnificative la nivelul factorului CAQ tensiune şi la nivelul mecanismelor şi stilurilor DSQ afiliere şi imagine de sine distorsionată, în sensul că subiecţii la care acest factor este prezent tind să obţină scoruri mai mari atât la factorul CAQ tensiune, cât şi la mecanismele şi stilurile DSQ afiliere şi imagine de sine distorsionată.

Pacienţii la care acest factor este prezent tind să fie mai anxioşi, uşor iritabili, să caute sprijinul celorlalţi pentru depăşirea situaţiilor şi să utilizeze imaginea de sine distorsionată ca mecanism de apărare. Oricum, acest factor este strâns legat de scăderea abilităţilor sociale şi de reducerea numărului de relaţii interpersonale, cu mare *risc pentru depresie*. Alături de ceilalţi doi factori, scăderea interesului şi a activităţilor recreative face parte din cercul vicios al depresiei descris de Beck.

Factorul sensitivitate emoţională a produs diferenţe semnificative la nivelul factorilor Szondi S s şi Szondi SCH k, la nivelul factorului CAQ tensiune şi la

nivelul mecanismului defensiv DSQ retragere apatică, în sensul că pacienții la care acest factor este prezent tind să obțină scoruri mai mici la factorul CAQ tensiune, la mecanismul afectiv DSQ retragere apatică şi la factorul Szondi SCH k, şi scoruri mai mari la factorul Szondi S s față de subiecții la care acest factor este absent.

Acest factor reprezintă un *factor de protecție*, întrucât *pacienții la care sensitivitatea emoțională este prezentă au un nivel mai scăzut al tensiunii şi al frustrării, utilizează în mai mică măsură retragerea apatică în calitate de mecanism defensiv, reuşesc să moduleze mai bine manifestarea pulsională*.

Factorul iritabilitate a produs diferențe semnificative la nivelul factorilor CAQ radicalism şi CAQ tensiune şi la nivelul stilului defensiv DSQ imagine de sine distorsionată, în sensul că subiecții la care acest factor este prezent tind să obțină scoruri semnificativ mai scăzute la factorii CAQ tensiune şi CAQ radicalism, precum şi la stilul defensiv imagine de sine distorsionată față de pacienții la care acest factor este absent.

Pacienții la care factorul iritabilitate este prezent tind să prezinte evenimente de viață stresante în istoria personală, însă *tind să aibă un nivel mai scăzut de anxietate, de frustrare, sunt mai tradiționali în rezolvarea problemelor şi utilizează în mai mică măsură imaginea de sine distorsionată ca mecanism de apărare.*

Deşi iritabilitatea în sine este considerată o trăsătură de personalitate cu conotații mai degrabă negative, se poate observa că prezența ei *la pacienții cu tulburări de personalitate studiați se asociază, de fapt, cu un nivel mai redus al tensiunii şi utilizarea în mai mică măsură a imaginii de sine distorsionate ca mecanism de apărare, probabil tocmai datorită dimensiunii sale centrate pe exteriorizare.*

Factorul sugestibilitate a produs diferențe semnificative la nivelul factorului CAQ tensiune şi la nivelul stilului defensiv imagine de sine distorsionată, în sensul că pacienții la care acest factor este prezent tind să obțină scoruri semnificativ mai ridicate la factorul CAQ tensiune şi scoruri semnificativ mai reduse la stilul defensiv DSQ imagine de sine distorsionată față de pacienții la care acest factor nu este prezent.

Aceşti pacienți tind să fie mai anxioşi, mai frustrați decât cei care nu prezintă sugestibilitatea ca trăsătură de personalitate, în schimb utilizează mai puțin imaginea de sine distorsionată ca mecanism de apărare.

Factorul anergie fizică a produs diferențe semnificative la nivelul factorului CAQ tensiune şi la nivelul mecanismului defensiv DSQ afiliere, în sensul că pacienții la care acest factor este prezent tind să obțină scoruri semnificativ mai ridicate la factorul CAQ tensiune şi scoruri semnificativ mai scăzute la mecanismul defensiv afiliere.

Pacienții ce prezintă anergie fizică tind să fie mai anxioşi şi mai preocupați decât cei la care acest simptom nu este prezent şi să apeleze mai puțin la afiliere ca mecanism de apărare, lucru care este des întâlnit la persoanele la care începe să se instaleze depresia.

Factorul asociere cu consum de alcool a produs diferenţe semnificative la nivelul factorilor CAQ perpicacitate, CAQ autosuficienţă, CAQ depresie anxioasă şi la nivelul mecanismului defensiv DSQ denegare, în sensul că pacienţii la care acest factor este prezent tind să obţină scoruri semnificativ mai ridicate la factorii CAQ perspicacitate şi depresie anxioasă şi la mecanismul defensiv denegare şi scoruri semnificativ mai reduse la factorul CAQ autosuficienţă, faţă de pacienţii la care acest factor nu este prezent.

Pacienţii la care acest factor este prezent tind să îşi ţină problemele pentru ei, le lipseşte încrederea, îşi exprimă cu greutatea gândurile şi folosesc denegarea ca mecanism de apărare în mai mare măsură faţă de pacienţii care nu au asociat un consum de alcool.

Factorul asociere cu diagnostic psihiatric de axa I a produs diferenţe semnificative la nivelul factorilor Szondi SCH p, CAQ tensiune, CAQ activism şi la nivelul mecanismelor şi stilurilor defensive DSQ refulare şi DSQ autosacrificiu (respectiv pseudoaltruismul şi formaţiunea reacţională), în sensul că pacienţii la care acest factor este prezent tind să obţină scoruri semnificativ mai reduse la toţi factorii de mai sus şi la toate mecanismele defensive enumerate faţă de pacienţii la care acest factor lipseşte.

Având în vedere faptul că pacienţii din studiu au fost internaţi, acest fapt presupune existenţa unei medicaţii psihotrope corespunzătoare, scorurile mai reduse la tensiune, activism şi la factorul Szondi SCH p se pot datora tocmai tratamentului medicamentos.

Factorul continuitatea tratamentului a produs diferenţe semnificative la nivelul mecanismelor defensive DSQ consum impulsiv şi DSQ refulare şi la nivelul stilului defensiv DSQ autosacrificiu, în sensul că pacienţii la care acest factor este prezent tind să obţină scoruri semnificativ mai ridicate la mecanismul defensiv consum impulsiv şi scoruri semnificativ mai scăzute la mecanismul defensiv refulare şi la stilul defensiv autosacrificiu faţă de subiecţii la care acest factor nu este prezent.

Pacienţii la care tratamentul a avut continuitate tind să utilizeze în mai mică măsură stilul defensiv autosacrificiu, respectiv mecanismele pseudoaltruism şi formaţiunea reacţională şi în mai mare măsură consumul impulsiv comparativ cu cei la care tratamentul nu a avut continuitate. De asemenea, ei tind să utilizeze în mai mică măsură refularea.

Factorul suprasolicitare intelectuală a produs diferenţe semnificative la nivelul factorilor Szondi S s, CAQ dominanţă, CAQ autosuficienţă şi la nivelul mecanismului defensiv DSQ orientare spre sarcină, în sensul că pacienţii la care acest factor este prezent tind să obţină scoruri semnificativ mai ridicate atât la nivelul factorilor Szondi S s, CAQ dominanţă şi CAQ autosuficienţă, cât şi la nivelul mecanismului de apărare orientare spre sarcină, comparativ cu subiecţii la care acest factor nu este prezent.

Subiecții la care factorul suprasolicitare intelectuală este prezent tind să fie mai agresivi, mai competitivi, să prefere să lucreze independent să îşi elibereze anxietatea prin cufundarea în muncă.

Factorul traume afective cumulative a produs diferențe semnificative la nivelul factorului CAQ autosuficiență şi la nivelul mecanismelor şi stilurilor defensive DSQ orientare spre sarcină şi DSQ imagine de sine distorsionată, în sensul că pacienții la care acest factor este prezent tind să obțină scoruri semnificativ mai ridicate atât la factorul CAQ autosuficiență, cât şi la mecanismele şi stilurile defensive orientare spre sarcină şi imagine de sine distorsionată (respectiv mecanismele omnipotență, idealizare şi clivaj) față de pacienții la care acest factor este absent.

Pacienții cu multiple traume afective tind să îşi descarce anxietatea prin muncă, apelează la imaginea de sine distorsionată ca stil de apărare (respectiv la mecanismele omnipotență, idealizare şi clivaj) şi preferă să lucreze independent, ceea ce ne îndreaptă în direcția unui *stil de ataşament evitant*, probabil tot ca o apărare în fața posibilității unor noi disconforturi afective.

Factorul climat EE crescut – critică, ostilitate, rejecție a produs diferențe semnificative la nivelul factorilor CAQ perspicacitate şi vină şi resentiment, în sensul că pacienții la care acest factor este prezent tind să obțină scoruri mai scăzute atât la factorul CAQ perspicacitate, cât şi la factorul CAQ vină şi resentiment comparativ cu pacienții la care acest factor este absent.

Ceea ce este interesant de notat este faptul că tocmai aceste persoane care provin dintr-un mediu critic şi ostil utilizează mai puțin ca mecanism defensiv vina şi resentimentul, tocmai ca o modalitate de conservare antagonistă mediului critic şi ostil. De asemenea, se poate constata şi faptul că tind să externalizeze mai uşor stările afective comparativ cu subiecții la care acest factor nu este prezent.

Factorul prăbuşirea calității vieții, deşi nu a produs diferențe semnificative la nivelul mecanismelor şi stilurilor defensive studiate, trebuie luat în considerare în organizarea procesului psihoterapeutic şi recuperator, pentru că poate complica intervenția. Oricum, în cazul eşantionului studiat, *prezența decompensării psihiatrice a tulburării de personalitate a produs o deteriorare funcțională față de cel mai înalt nivel de funcționare atins în 93%* dintre cazuri, ceea ce se asociază frecvent şi cu o scădere a calității vieții.

Având în vedere acest lucru, chiar dacă la nivelul factorilor de personalitate şi stilurilor defensive prezența acestui factor nu produce diferențe semnificative, *factorul prăbuşirea calității vieții trebuie trecut în categoria factorilor de risc psihologic pentru pacienții diagnosticați cu o tulburare de personalitate ce se decompensează psihiatric.*

Factorul de vulnerabilitate secundară – apariția depresiei a produs diferențe semnificative la nivelul factorului Szondi S s, în sensul că pacienții la care acest factor este prezent tind să obțină scoruri mai mici la factorul Szondi S s față de cei la care factorul nu este prezent.

Având în vedere că acest factor se referă la tendința spre sadism, respectiv de externalizare a agresivității, putem avansa ipoteza că acei pacienți care tind să externalizeze agresivitatea sunt mai puțin expuşi riscului de apariție a depresiei.

4. CONCLUZII

– Traumele afective sunt prezente într-o mai mică măsură decât ne-am fi aşteptat (*conform credibilității*).

– Pacienții proveniți dintr-un climat emoțional cu EE în exces tind să fie mai tensionați, chiar dacă acea EE a fost pozitivă, deoarece ea creşte nivelul de tensiune şi generează utilizarea unor mecanisme sau stiluri defensive centrate pe *limitarea contactului emoțional* sau pe *creşterea sentimentului de culpabilitate.*

– *Tensiunea se descarcă în plan somatic.*

– *Anxietatea este prezentă la 42% dintre pacienți.*

– *Lipsa sentimentului de continuitate* – la 44,3%.

– *Slabul control emoțional* – la 43%; aceste procente le depăşesc semnificativ pe cele din populația generală.

– *Timiditatea* – la 38,3%.

– *Izolarea* – la 43,5%.

– *Introversia* – la 45,6%; aceste trăsături pot favoriza instalarea depresiei şi se asociază cu niveluri ridicate la factorul tensiune; prezența lor însumată ajunge la 89,1%.

– *Obediența* – este prezentă la 35,2%.

– Aceşti pacienți utilizează în mai mică măsură afilierea ca mecanism defensiv – 46,6% au dificultăți de integrare socială.

– Deşi 85,5% au familie şi 40,4% au rețea de suport social, se conturează tabloul unor persoane cu mare risc de pierdere a acestui suport, datorită scăderii interesului şi dificultăților de socializare.

– 48,7% au *viziune negativă asupra viitorului.*

– 42% au *dificultăți de concentrare a atenției* – datorită depresiei şi anxietății.

– *În plan ideativ* – 30,6% au *obsesii legate de boală* şi 32,4% au *preocupări exagerate legate de funcționarea corpului*; 46,6% au *un discurs digresiv ce ajunge la boală*; ideea de boală psihică „ocupă" o sferă largă din viața acestor persoane.

– 41,5% au o *gândire magică* – posibil pentru a face față mai uşor unui potențial sentiment de vinovăție.

– În ceea ce priveşte *sfera morală şi incidența Supraeului* 41,6% au *sentimente de vinovăție* şi 41,2% au *preocupări religioase.*

– 14,2% au *tulburări hipnice* şi 3,9% *tulburări alimentare.*

– 42,7% au *o expresie facială ce exprimă suferința* şi 40,4% au *un contact vizual scăzut.*

– 47,7% au *capacitatea de muncă alterată.*

– 36,8% au AHC I pentru boala psihică şi 23,1% AHC II; acest fapt oferă informaţii şi despre stilul de expresivitate emoţională prezent în familie, despre nivelul de anxietate, modelele de coping, resurse etc.

– 29,8% au AHC pentru agresivitate (fapt confirmat şi pe factorul s din Szondi) şi 11,7% au AHC pentru suicid; 29,5% AHC pentru adicaţie; reiese tabloul unor familii ce au făcut faţă stresului într-o manieră dezadaptativă.

– 33,4% au un deficit congnitiv şi 7% au rezistenţă la tratament.

– 36,1% au anumite *dizabilităţi*, fapt ce creează dificultăţi în ceea ce priveşte recuperarea, reintegrarea, complianţa la tratament şi imaginea de sine.

Primit în redacţie la: 26.VII.2011

BIBLIOGRAFIE

1. AKISKAL, HAGOP S., *Clinical Overview of Depressive Disorders and Their Pharmacological Management, Nervous System and Behavioral Disorders*, New York, Academic Press, 1981.
2. ANITEI, M., TRIFU, S., CRAIF, M., *Ghid de practică psihologică pentru studenţi*, Bucureşti, Editura Universitară, 2010.
3. BRACKETT, M.A., MAYER, J.D., *Convergent, discriminant, and Incremental Validity of Competing Measures of Emotional Intelligence*, Personality and Social Psychology Bulletin, **29**, 2002, University of New Hampshire.
4. DAVID, M., *Common screening tests*, N.Y., American College of Psysicians, 1991.
5. *DSM-IV – Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale*, Bucureşti, Editura Asociaţiei Psihiatrilor Liberi din România, 2003, Ediţia a IV-a.
6. FOLKMAN, S., *Personal control, stress, and coping processes: A theoretical analysis*, Journal of Personality and Social Psychology, **46**, 1984.
7. FREEMAN, C., TYRER, P., *Metode de cercetare în psihiatrie. Ghid pentru începători*, Bucureşti, Editura Fundaţiei PRO, 2001.
8. GROTH-MARNAT, G., *Handbook of Psychological Assessment*, New York, John Wiley & Son, Inc., 1997.
9. RAPAPORT, DAVID, *Diagnostic Psychological Testing*, N.Y., International Universities Press, 1968.

REZUMAT

Lucrarea este o cercetare de psihologie clinică, în aria tulburărilor de personalitate, cu implicaţie în psihiatrie (subiecţii sunt internaţi pentru decompensări de coloratură anxioasă, depresivă sau interpretativă).

Ipoteza a fost aceea a unui Eu fragil, jalonat de mecanisme de apărare imature şi funcţionare arhaică.

Lotul de pacienţi a fost supus unei baterii complexe de teste psihologice (chestionarul de personalitate CAQ, inventarul DSQ, testul Szondi), iar rezultatele obţinute conturează profile diferenţiate, explicate dintr-o perspectivă psihodinamică modernă.

Concluziile demonstrează că depistarea precoce a unui astfel de profil *atipic* ajută semnificativ – în psihologia clinică – la prevenţia decompensărilor de intensitate clinic-psihiatrică.