

## CAPITOLUL 14

### Relația dintre personalitate și patologia afectivă

*Radu Vraști*

Problema relației dintre personalitate și patologia afectivă a rămas un subiect predilect al psihopatologiei de când KRAEPELIN a sugerat existența anumitor trăsături temperamentale, care se constituie ca personalitate premorbidă pentru tulburările afective sau chiar ca manifestări subafective ale acestora.

După AKISKAL și colab. (2) și HIRSCHFELD și colab. (23) relația dintre personalitate și tulburările afective poate fi privită din cel puțin patru perspective:

1. În primul rând, personalitatea poate fi considerată ca aptă să modifice aspectul clinic, cursul bolii și răspunsul la terapie. Aceasta este așa-numita *ipoteza patoplastică*. WITTENBORN și MAURER (54) reconstituind personalitatea premorbidă a 190 femei depressive, prin informații obținute standardizat de la rude, constată că trăsăturile personalității înainte de boală tind să continue și la un an după, într-o semnificativă proporție de cazuri, arătând că experiența depresiei nu modifică trăsăturile premorbide. Aceste trăsături, după studiile lui VIDEBÉCH (48, 49), sunt cele care pot să imprime o anumită structură simptomatologică episodului afectiv. Astfel, el arată că trăsăturile anankaste din personalitatea premorbidă duc la apariția de simptome anankaste la depresivii unipolari, precum nevoia de ordine, hiperexcitabilitatea, perfecționismul, conștiinciozitatea și obsesionalismul, alături de alte simptome găsite mai frecvent la psihoticii depresivi cu personalitate anankastă ca anxietate, agitație, depersonalizare, hipocondrie, variații diurne ale dispoziției și trezire matinală (48). Trăsături anankaste se regăsesc și la "tipus melancholicus" descris de TELLENBACH (46) și, mai apoi în cercetările lui VON ZERSSEN (56), care prin metode psihometrice caracterizează această personalitate prin: ordine, conștiinciozitate, meticulozitate, înalt preț pus pe succes, gândire convenționalistă și dependentă de relații personale strânse. Această personalitate ar predispuce la depresii cu debut tardiv și cu aspect psihotic. PETERS (33) arată că "shift-syndrom-ul", respectiv succesiunea tablourilor clinice de depresie și migrenă, se observă la persoanele cu trăsături anankaste, sugerând astfel o predispoziție a acestora spre echivalențe depressive, precum migrena.

Constatarea trataturilor de obsesionalitate în personalitatea depresivilor a fost și rezultatul studiilor lui HIRSCHFELD și KLERMAN (24) sau CHARNEY și colab. (18). Cu toate acestea, studiul colaborativ al Institutului Național de Sănătate Mentală din SUA, asupra psihobiologiei depresiei, nu reușește să evidențieze prezența obsesionalității de depresivi comparativ cu maniacali (18) sau numai la persoanele bolnave, față de rudele lor de gradul I indemne (23).

2. Un alt punct de vedere consideră trăsăturile personalității subiectului ca un rezultat, ca o "sechelă" a tulburărilor afective. Se ipotetizează că tulburarea afectivă, mai ales cea de durată mai mare sau de apariție mai frecventă, poate conduce la schimbări în personalitatea individuală. Amploarea cu care aceasta s-ar produce este încă necunoscută. În acest sens, măsurarea standardizată a trăsăturilor de personalitate în timpul episodului afectiv și, apoi,

la un interval de un an, nu arată modificări conform celor de mai sus. Mai mult, se evidențiază ca o serie de trăsături sunt puternic dependente de starea afectivă în timpul căreia se face investigația, precum dependența interpersonală, pasivitatea, labilitatea emoțională, hipersenzitivitatea și optimismul, ca, apoi, după trecerea episodului afectiv, lucrurile să reîntre în normal, așa cum a demonstrat HIRSCHFELD și colab. (25) și LIEBOWITZ și colab. (29). Mai mult, atunci când HIRSCHFELD și KLERMAN (24) au măsurat 8 trăsături de personalitate la 15 depresivi, au găsit că 7 dintre ele au rămas neschimbate după 2 ani, sugerând, astfel, stabilitatea personalității după episodul depresiv.

WITTENBORN și MAURER (54) nu constată că experiența depresivă poate să intensifice sau să întărească manifestările personalității asociate cu depresia. Ele pot, din contră, să se diminueze după episodul depresiv.

Cu toate acestea, există părerea că episoadele afective nu pot rămâne fără urmări în personalitate. AKISKAL și colab. (2) împart consecințele episoadelor depresive asupra personalității în "sechele" pe termen scurt și "sechele" cronice. Dintre cele pe termen scurt, ei amintesc constatarea lui WEISSMAN și PAYKEL (52), care arată că remisia socială rămâne în urma remisiei simptomatice după un episod depresiv. În privința sechelelor cronice, CASSANO și colab. (17) au reușit să deceleze un "defect depresiv" permanent, care persistă după un episod acut. Acest defect apare când faza de remisie este perturbată de factori ambientali psihologici sau iatrogeni. Pe de altă parte, AKISKAL și PUZANTIAN (3) au arătat existența tulburărilor caracteriale persistente cu expresivitate în funcționarea socială, în evoluția unei treimi din bolnavii bipolari.

WEISSMAN (51) urmărind evoluția a 150 pacienți cu depresie acută găsește că 12% dintre ei aveau depresie cronică ușoară la un an după aceea. Deși mulți dintre acești pacienți cronici au răspuns la criteriile Research Diagnostic Criteria de personalitate depresivă, a fost neclar dacă simptomele cronice reprezintă nerezolvarea episodului acut sau trăsături de personalitate persistente după faza acută.

3. Cea de a treia perspectivă, din care se privește relația dintre personalitate și tulburările afective este reprezentată de concepția despre existența unor trăsături de personalitate, care predispun la depresie. Această concepție își are originea, mai ales, în doctrina psihodinamică, iar părintele acestei abordări este considerat a fi ABRAHAM, care a evidențiat structura obsesională din timpul perioadelor libere ale psihoticilor maniaco-depresivi, dispoziția ostilă a acestora, o regresivitate a libidoului la stadiul cel mai primitiv pe care-l numește oral sau canibalic, când subiectul "devorează obiectul dragostei" (22).

Ulterior, literatura psihanalitică s-a focalizat asupra trăsăturilor de dependență a personalității depresive. CHODOFF (19), trecând în revistă concepțiile dinamice din acest domeniu, amintește că acești subiecți sunt puternic dependenți de valorizările narcisiace în vederea menținerii stimei de sine, pierderea "obiectului" ducând la devalorizare, vinovăție și depresie.

Pe baza experienței de psihoterapie dinamică, ARIETI și BEMPORAD (11) descriu 3 tipuri de personalitate depresivă premorbidă. Primul tip de predispoziție la depresie, este denumit "altul domina", în care a stima pe altul înseamnă a permite gratificații și a menține stima de sine. Indivizii din această clasă și-au format o înțelegere imaginară cu o persoană semnificativă prin intermediul căreia trăiesc satisfacțiile. Alte caracteristici ale acestei personalități sunt pasivitatea, adevizivitatea, manipulativitatea. A doua formă, este cea numită "scopul domina". Acești indivizi leagă stima de sine de realizarea unor scopuri înalte. Valorizarea apare prin fantasmăle despre obținerea acestor obiective (acești indivizi sunt orgolioși, retrași și obsesionali). A treia formă, este o structură permanentă a personalității, o constantă a stilului de viață. Indivizii suferă de un simțământ cronic de inutilitate și

deznădejde, care rezultă din lipsa de implicare în activitățile zilnice. Ei sunt hipocondriaci, meschini în relațiile interpersonale și au o atitudine critică supărătoare.

Toate aceste studii psihodinamice păcătuiesc prin vicii metodologice, prin absența instrumentelor standardizate de evaluare ce face datele obținute reproductibile. Pentru a depăși aceasta, HIRSCHFELD și colab. (26) alcătuiesc un inventar pentru măsurarea dependenței interpersonale și ulterior constată, în studiul colaborativ al Institutului Național de Sănătate Mentală al SUA asupra psihobiologiei depresiei, nevoia de alianță emoțională cu alte persoane și slaba autoîncredere socială (23). Foarte curios este că PILOWSKY și KATSIKISIS (35) folosind același inventar al măsurării dependenței interpersonale, nu reușesc să demonstreze vreo legătură între aceasta și depresie.

În contrast cu studiile clinice, cele ce s-au bazat pe metode psihometrice sunt reproductibile și au dat rezultate cu grad mare de încredere. Frecvent s-au folosit Inventarul de personalitate MARKE-NYMAN (1, 13, 14, 24, 29, 30, 31, 40), Inventarul de personalitate CESAREC-MARKE (13, 14, 32), Inventarul de personalitate EYSENK (1, 13, 14, 15, 40) sau Inventarul de personalitate Maudsley (23, 24, 47, 50). Cu ajutorul acestor instrumente s-a demonstrat că cele mai frecvente trăsături de personalitate ce predispun la tulburări depresive sunt: 1. vinovăție; 2. stimă de sine scăzută; 3. autonomie scăzută; 4. dependență de alte persoane crescută; 5. precauție; 6. meticulozitate; 7. îngrijorare; 8. pesimism; 9. înclinație spre ordine; 10. rigiditate; 11. ruminări obsesionale; 12. gândire convenționalistă; 13. înclinație spre rutină și obișnuință; 14. introversiune. În schimb, dintre persoanele cu extraversiune crescută, dominație și autonomie crescută, sociabilitate și note de exhibiționism se recoltează viitorii bipolari.

Studiile de până acum însă nu au lămurit dacă asemenea constelații pot să reprezinte o personalitate nespecifică și comună pentru o varietate largă de sindroame sau sunt specifice tulburărilor afective (2).

4. A patra ipoteză, sub care se prezintă relația personalității cu tulburările afective, izvorăște din concepția veche a lui KRAEPELIN asupra temperamentelor afective. El arată că variatele forme de tulburare maniaco-depresivă izvorăsc din temperamentele fundamentale, respectiv cel depresiv, maniac, ciclotim și iritabil (unde apar simultan trăsături depresive și maniacale). Între aceste forme și variatele tablouri ale psihozei maniaco-depresive există grade diverse de intensitate. Unele sunt de intensitate subclinică, colorând, pur și simplu, afectiv personalitatea, altele sunt cu simptome intermitente sau continue, dar de intensitate considerabil mai joasă decât formele tipice ale bolii. După cum spunea însuși KRAEPELIN "există unele temperamente care pot fi privite ca rudimente de nebunie maniaco-depresive. Ele pot, de-a lungul întregii vieți să existe ca forme distincte ale personalității, fără dezvoltare ulterioară, dar ele pot la fel de bine, să devină punctul de plecare pentru un proces morbid, care se dezvoltă într-o condiție specifică și urmează cursul în atacuri izolate" (citată de 4). În plus, KRAEPELIN găsește că rudele biologice ale probanzilor cu psihoza maniaco-depresivă au temperamente afective, dar fără să progreseze neapărat spre episoadele afective complete. Toate aceste observații l-au condus la postularea unui continuum genetic între temperamentele afective și formele complete de boală afectivă, iar temperamentele afective le interpretează ca forme caracteriologice, subafective de boală, genetic determinate.

Mai târziu, KURT SCHNEIDER reduce cele 4 temperamente la 2 forme statistic distincte față de normal, distimică și hipertimică, iar prin termenul de ciclotimie înțelege întregul domeniu al tulburării maniaco-depresive. KRETSCHMER unește personalitățile predispușe la psihoza maniaco-depresivă sub genericul de personalitate cicloïdă. Toate

acestea, cât și contribuțiile ulterioare ale altor autori, au făcut ca genialele intuiții ale lui KRAEPELIN să cadă în umbră și chiar să apară unele confuzii. Lucrările efectuate câțiva ani de echipa Universității din Tennessee, în frunte cu prof. AKISKAL, au readus în actualitate și chiar au îmbogățit viziunea kraepeliniană (4 - 8, 55).

Există constatarea că între formele complete de boală sau așa-zisele forme "majore" și anumite constelații personalistice există o serie de forme de trecere, forme cu tablou clinic incomplet, cu evoluție cronică sau pentru toată viața, și care colorează afectiv personalitatea subiectului. Aceste forme au fost numite de AKISKAL ca tulburări caracteriale sau tulburări subafective cu două varietăți: tulburarea ciclotimă și depresia caracteriologică sau distimia subafectivă. Aceste forme, peste care se pot suprapune episoade afective bine conturate clinic, nu trebuie privite ca trăsături premorbide, care predispun la tulburări afective, ci ca forme abortive, subafective, ambulatorii ce se împletesc cu trăsăturile de personalitate, de care nu se pot distinge.

Aceste forme subafective sunt expresia aceluiași proces de vulnerabilitate genético-ambiectală, ca și formele complete de boală afectivă. S-ar putea spune că în cazul lor există o penetrantă incompletă, în ipoteza transmisiei monogenice sau o implicare a unui număr mai mic de gene, în ipoteza transmisiei poligenice (6). Modelele prag ale transmisiei genetice pot cel mai bine să explice existența formelor subafective sau caracteriologice. Conform acestor modele, tulburările afective pot fi subdivizate în forme "severe" și "ușoare" sau, altfel spus, în forme "complete" (majore) și "incomplete" (minore), după cum aceste forme au depășit un prag mai înalt sau mai scăzut de vulnerabilitate (12, 41). Formele subafective ar fi mai puțin deviate genetic și mai frecvente decât formele cu tablou clinic complet care au trebuit să depășească un prag mai înalt de vulnerabilitate și de aceea sunt și mai rare.

Toate acestea vor să demonstreze că tulburările caracteriologice din registrul personalistic și tulburările afective complete din registrul psihotic sunt într-un continuu în plan clinic dat de un suport comun biologic. Am putea spune că aceste tulburări au un caracter endogen, apărând, mai ales, dintr-o vulnerabilitate biologică.

Care este statutul nosologic al tulburărilor subafective?

Referitor la *tulburarea temperamentală ciclotimă*, ea se definește prin următoarele criterii operaționale (4,5):

- debut timpuriu;
- prezentare clinică ca o tulburare de personalitate, pacientul fiind adesea inconștient de dispoziția în sine;
- scurte cicluri ale dispoziției, neregulate, în mod obișnuit de o zi;
- sindromul complet de depresie sau hipomanie nu este în general atins;
- schimbări de dispoziție "endogene", de exemplu izbucniri ale dispoziției;
- cursul clinic este bifazic, cu hipersomnie alternând cu scăderea nevoii de somn, autoîncredere scăzută alternând cu hipertrofie grandioasă, perioade de apatie alternând cu gândire ascuțită și creatoare, exhibiție alternând cu introversie;
- manifestări comportamentale, precum iritabilitate, conflicte conjugale sau romantice, schimbări în domeniul funcționării profesionale, consum de alcool și de drog, extravaganțe financiare.

Este personalitatea ciclotimă o variantă a tulburărilor afective bipolare cu care alcătuiește un continuum? Răspunsul este afirmativ și se bazează pe următoarele constatări (4, 5, 6);

- Fenomenologic, ciclotimia se manifestă printr-o evoluție clinică neregulată, cu alternanța dintre depresie și hipomanie;

- Distribuția rudelor de gradul I cu tulburări afective în pedigree-ul ciclotimilor și bipolarilor: I a fost semnificativ identică. În același sens GERSHON și colab. (20) au demonstrat un exces de ciclotimi printre rudele probanților afectivi;

- în perspectiva longitudinală, aproape o treime din ciclotimi progresează spre tabloul clinic bipolar, progresiune ce se petrece mai frecvent decât în populația generală;

- frecvența episoadelor hipomane sub antidepressive triciclice este similară la ciclotimi și bipolarii;

- profilul de răspuns la litiu carbonic este comparabil cu cel al bipolarilor.

Nu este încă clară relația ce există între tulburarea ciclotimă subafectivă descrisă, de AKISKAL și echipa sa, și *tulburarea ciclotimă* din tulburările cronice ale dispoziției din DSM-III.

În ceea ce privește *tulburarea depresivă caracteriologică* și a legăturii ei cu depresiile majore unipolare, problema este mai complexă. Prin depresii caracteriologice AKISKAL (6) înțelege un grup rezidual de depresii cu caracter cronic, care nu urmează unei boli psihice non-afective unor boli medicale invalidante sau unui episod acut de depresie majoră. Aici manifestările depresive apar întretasute în stilul de viață a subiectului, acestea fiind o "postură depresivă".

Depresiile caracteriologice au fost descrise și sub termenii de temperament depresiv, personalitate depresivă, personalitate distimică sau depresie cronică minoră. Ele se dovedesc a fi manifestări subafective sau subsindromale pentru toată viața a depresiilor unipolare. În conceptul de depresie caracteriologică sau de distimie subafectivă se împletesc depresia și caracterul, astfel încât, depresia devine trăsătura de personalitate. În acest caz nu se poate deosebi ceea ce este o *trăsătură* (depresia) de ceea ce este *stare* (caracterul), pentru că amândouă sunt expresia aceleiași dotări genetico-constituționale. Tulburarea subafectivă distimică apare devreme în viață, ea datorându-se unui proces structurant caracteriologic, de unde și denumirea de depresie caracteriologică. Atunci când o stare depresivă subsindromală cu caracter cronic apare mai târziu, în viață, și urmează unui episod depresiv major sau unor alte boli psihice monafective sau unor boli medicale, vorbim de depresie cronică.

Textul clasic al lui KRAEPELIN rămâne de o excepțională claritate și actualitate. Pentru el temperamentul depresiv este caracterizat prin "colorarea afectivă sumbră și durabilă a tuturor experiențelor vitale. Pe acest fundal există oscilații timice mai importante. Mi se pare că aceste oscilații indică existența unei înrudiri intime între unele forme ale tristeții constituționale și nebunia maniaco-depresivă. Pe de o parte este imposibil de a trasa o linie transantă între aceste cazuri și depresia periodică. Mai mult, există o infinitate de forme de trecere de la o extremitate la care se situează evoluțiile atipice, cu oscilații și remisii neregulate, în timp ce la cealaltă extremitate observăm aspecte patologice bine delimitate și dezvoltate, cu remisii profunde și de lungă durată. Am semnalat deja rațiunile pentru care acestea din urmă aparțin nebuniei maniaco-depresive. Această tristețe durabilă trebuie să fie considerată ca starea de bază pe care poate să se dezvolte diversele forme de nebunie maniaco-depresivă. În favoarea acestei concepții pledează, cu totul particular, remarcabila similitudine clinică între numeroasele cazuri de tristețe constituțională cu aspectul clinic de depresie circulară. Timiditatea, sentimentul de culpabilitate, imposibilitatea de a lua o decizie, plângerile hipocondriace și gândurile de suicid ni se oferă în ambele cazuri în același fel" (citată de 34).

O problemă deosebită în statutul nosologic al depresiilor caracteriale este deosebirea lor de nevroză depresivă și de depresia cronică. Concepțiile nosografice moderne nu mai recunosc drept de supraviețuire nevrozei depresive. Un studiu efectuat asupra a 100 nevro-

tici depresivi a găsit că aceste nevroze au putut fi desemnate ca boli ușoare, nepsihotice, nonendogene, cu coexistența unor trăsături de personalitate specifice, cu apariția psihogenă sau reactivă și cu tendința de evoluție cronică, trăsături cu totul nespecifice și cu ajutorul cărora nu se pot constitui criteriile operaționale diagnostice. Singurele criterii valide au fost cele de excludere, precum lipsa trăsăturilor psihotice și a simptomelor endogene. În 40% dintre cazuri, aceste "nevroze depresive" au fost, de fapt, tulburări afective primare, iar în alte 48% dintre cazuri au fost tulburări afective secundare altor boli psihiatrice sau boli medicale (9). Toate acestea au condus la concluzia că nevroza depresivă nu reprezintă decât o condiție heterogenă greu conturabilă nosologic.

Așa cum este conturată tradițional nevroza depresivă se deosebește de depresiile caracteriologice sau distimiile subafective prin unele caracteristici ale acestora din urmă (7).

- istorie familială pozitivă pentru tulburări afective;
- trăsături de personalitate stabile;
- prognostic omogen, în sensul cursului cronic, suprapuneri de episoade depresive majore și deznodământ social favorabil;
- răspuns pozitiv la antidepressivele triciclice;
- latență a somnului REM scurtată.

Lucrările lui BENJAMINSEN (15, 16) au arătat că ceea ce deosebește depresiile endogene de cele reactive sau nevrotice nu este modelul simptomatologic sau evenimentul stresant antecedent, ci diferențele de personalitate premorbidă, în sensul stabilității ei la depresivii endogeni și a prezenței trăsăturilor de instabilitate, self-pity și hipocondriei la cei reactivi sau nevrotici. După studiul lui ZIMMERMAN și colab. (57) ceea ce caracterizează depresiile endogene în opoziție cu cele non-endogene sunt incidența scăzută a alcoolismului și personalității antisociale în istoria familială, severitatea mare a simptomelor, tentative de suicid neserioase mai rare, vârsta debutului mai târzie, prevalența scăzută a divorțului sau separării maritale, puține evenimente de viață și tulburări de personalitate premorbide rare. Depresiile caracteriologice au suficiente trăsături "endogene" și suficiente deosebiri de cele non-endogene pentru a fi încadrate ca forme subclinice și subafective ale depresiilor endogene.

Diferențierea distimiilor subafective de depresiile cronice este însă mult mai greu de făcut. ROBINS și GUZE (38) trecând în revistă 20 studii follow-up găsesc o medie de 12 - 15% depresivi ce raportează un curs cronic al depresiilor lor. După WEISSMAN (51) nu este încă clar dacă depresiilor cronice sunt episoade acute nerezolvate sau sunt trăsături de personalitate. În sistemul nosologic RDC al lui SPITZER și ENDICOTT (42) se introduce termenul de personalitate depresivă pentru a desemna o depresie cronică intermitentă. WEISSMAN (51) a găsit că prevalența curentă a personalității depresive în populația generală este de 4,5%. Dintre persoanele cu depresie majoră, 41% au întrunit și diagnosticul de personalitate depresivă cronică după criteriile RDC, iar 75% dintre pacienții cu personalitate depresivă vor dezvolta un episod depresiv major într-o anumită perioadă a vieții lor. Din cei 23 depresivi cronici studiați de ROUNSAVILLE și colab. (39), 12 au avut simptome depresive de tip cronic, înainte de a dezvolta un episod acut, iar ceilalți au devenit cronici după un episod major de depresie. Această depresie cronică intermitentă a fost definită în DSM-III, ca tulburare distimică printre tulburările cronice minore ale dispoziției alături de tulburarea ciclotimă (10).

KELLER și SHAPIRO (27) constată și ei cursul cronic al unor depresii și suprapunerea unor episoade majore și denumesc acest aspect ca "dublă depresie" și îi acordă un prost prognostic. Nici aici, nici în celelalte lucrări citate mai sus, nu a fost clar dacă depresia cronică este același lucru cu personalitatea depresivă și dacă nu, prin ce se deosebesc.

AKISKAL și colab., (7, 55) rezolvă destul de mulțumitor această problemă când introduc în grupul mare al depresiilor având curs cronic următoarele categorii:

- depresiile cronice ce sunt secundare sau acompaniază boli medicale;
- depresiile cronice care sunt suprapuse sau urmează tulburărilor psihice non-afective;
- depresii cronice care sunt secundare unui clar episod de tulburare depresivă unipolară primară, incomplet remis;
- depresiile cronice care rezultă dintr-o tendință caracteriologică la depresie și care, în mod obișnuit, are o expresie subsindromală a unui episod depresiv și care poate sau nu să se complice cu un episod depresiv major. Deci, această varietate "caracteriologică" de depresie cronică este sinonimă cu distimia subafectivă și se deosebește de celelalte forme de depresie cronică prin faptul că are un caracter "primar", ce izvorăște și se împletește cu personalitatea subiectului, fiind o constanță a existenței lui și că au un debut timpuriu în viața subiectului.

AKISKAL și colab. (7, 8, 55) împart tulburarea distimică caracteriologică în două varietăți *distimia subafectivă* și *spectrul bolii caracteriale*. Distimia subafectivă este caracterizată prin trăsături de personalitate stabile, apariția de episoade afective suprapuse de trăsăturile obișnuite distimice preexistente, istorie familială de boli afective, răspuns pozitiv la triciclice, hipomanie farmacologică prezentă, latența somnului REM scurtată, prognostic social favorabil. Varietatea "spectrul bolii caracteriale" se definește prin predominanța femeilor, episoade depresive suprapuse rare, personalitate instabilă cu trăsături antisociale și hysterice, incidența mare a alcoolismului și toxicofiliei, răspuns la triciclice slab, prognostic social defavorabil, somn REM nemodificat. Studiul lui PFOHL și colab. (35) asupra apariției tulburărilor de personalitate la bolnavii cu depresie majoră a arătat că grupul de bolnavi cu depresie și tulburări de personalitate răspund criteriilor lui AKISKAL pentru sepectrul bolii caracteriale ca și pentru criteriile lui WINOKUR (53) pentru "spectrul bolii depresive" validând indirect aceste categorii nosologice.

Citând un alt text clasic ne introducem într-o altă perspectivă psihopatologică din care se poate interpreta relația dintre personalitate și tulburările afective. În cartea sa "Körperbau und Character" KRETSCHMER (28) arată ca între normalitate și psihoză există tranziții cantitative ce se pot exprima prin secvență personalitate normală - personalitate patologică - personalitate psihotică. Cu alte cuvinte, personalitatea unui psihotic este exagerarea, caricatură a ceea ce se poate observa sub o formă degradată în personalitate patologică și chiar la subiecți normali. Transpozând această secvență la continuumul personalitate afectivă - tulburare afectivă, apare că tulburările subafective, distimice sau ciclotimice se găsesc într-o poziție intermediară care, în concepția lui KERNBERG s-ar putea defini ca "organizări borderline a personalității" (21). Prin acest termen, se înțelege o serie de stări de aspect nevrotic sau tulburări de personalitate, care predispun la tulburări psihotice. Deși acest concept a fost criticat, termenul de borderline s-a impus, pentru că el "are meritul de a subsuma o concepție etiopatogenică, izvorând din interacțiunea dintre vulnerabilitatea genetică și cea dobândită în perioada dezvoltării", așa cum spunea STONE (44). Tot STONE (45) constată că există o schimbare contemporană a conceptului de borderline de la tulburarea subschizofrenă la tulburarea subafectivă. Astfel, s-a constatat că rudele biologice ale probanzilor borderline au mai frecvent boli afective. Pe de altă parte, există o serie de sindroame afective borderline înrudite cu boala maniaco-depresivă, precum disforia histeroidă descrisă de LIEBOWITZ și KLEIN, distimiile subafective sau depresiile caracteriale, tulburarea subafectivă ciclotima, sindromul de tensiune premenstruală, anorexia mentală (44). AKISKAL și colab. (8) găsesc că din 100 bolnavi cu tulburare

borderline, după criteriile lui GUNDERSON, 45 dintre ei răspund și la criteriile de diagnostic pentru tulburări afective, în majoritate tulburări subafective. Urmăriți timp de 2 ani, 29 dintre ei au dezvoltat episoade afective complete, depresive sau maniacale. Acești pacienți borderline prezintă markeri biologici pentru boli afective, precum răspunsul la testul de supresie la deametazona sau scurtarea perioadei de latență a somnului REM. În plus, aceștia sunt și litiu-responzenți.

Nosologiile care s-au impus cel mai mult în ultimul timp, precum sistemul RDC al lui SPITZER și ENDICOTT sau DSM-III și DSM-III-R nu s-au angajat prea mult în problema relațiilor dintre personalitate și tulburările afective. După cum s-a amintit, RDC recunoaște personalitatea depresivă cronică și personalitatea ciclotimă. Pe de altă parte, DSM-III caută să adopte o poziție neutră, considerând tulburările de personalitate ca o dimensiune ortogonală a bolilor afective. Clinicianul poate să noteze separat, pe axe diferite cele două condiții: starea clinică și personalitatea. Se introduce pentru tulburările afective, cu evoluție cronic intermitentă, termenul de "minor" și, astfel, apare categoria de tulburări afective minore cu varietatea ciclotimă și distimică.

Deși relația stabilită prin intermediul tulburărilor subafective, între personalitate și tulburările afective majore are încă unele puncte neclare sau criticabile, ea se constituie într-un model clinic profitabil, reușind să nuanțeze decupajele pe care le putem face în paleta largă a tulburărilor afective.

#### Bibliografie

1. **Abou-Saleh M.T., Coppen A.:** Clasification of depressive illness - clinico-psychological correlates, *J. Affect. Dis.* 1984, 6:53 - 66.
2. **Akiskal H.S., Hirschfeld R.M.A., Yerevanian B.I.:** The relationship of personality to affective disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1983, 40:801 - 810.
3. **Akiskal H.S., Puzantian V.R.:** Psychotic forms of depression and mania. *Psychiat. Clin. N.Amer.* 1979, 2: 419 - 439.
4. **Akiskal H.S., Djenderedjian A.H. et al.:** Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am. J. Psychiatry*, 1977, 134:1227 - 1233.
5. **Akiskal H.S., Khani M.K., Scott - Strauss A.:** Cyclothymic temperamental disorders, *Psychiat. Clin. N. Amer.* 1979, 2:527-553.
6. **Akiskal H.S.:** External validating criteria for psychiatric diagnosis: their application in affective disorders. *J. Clin. Psychiatry*, 1980, 41:6 - 15.
7. **Akiskal H.S., Rosenthal T.L. et al.:** Characteriological depression -clinical and seep EEG findings separating subaffective dysthymias from character spectrum disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1980, 37:777-783.
8. **Akiskal H.S.:** Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the borderline realm, *Psychiat. Clin. N. Amer.* 1981, 4:25-46.
9. **Akiskal H.S., Bitar A.H. et al.:** The nosological status of neurotic depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1978, 35: 756 - 766.
10. **Amer. Psychiatric Assoc. -** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. 1980.



11. **Arieti S., Bemporad J.R.:** The psychological organization of depression. *Am. J. Psychiatry*, 1980, 137:1360-1365.
12. **Baron M.:** Genetic models of sex effect in unipolar affective illness. *Acta Psychiat. Scand.* 1981, 64:85-91.
13. **Bech P., Rafaelsen O.J.:** Personality and manic-melancholic illness. *Psychiat. Fennica, Suppl.* 1980, 223 - 231.
14. **Bech P., Shapiro R.W. et. al.:** Personality in unipolar and bipolar manic-melancholic patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1980, 62: 245 - 257.
15. **Benjaminsen S.:** Primary non-endogenous depression and features attributed to reactive depression. *J.Affect. Dis.* 1981, 3:245-259.
16. **Benjaminsen S.:** Stressful life events preceding the onset of neurotic depression, *Psychol. Med.* 1981, 11:369-378.
17. **Cassano G.B., Maggini C., Akiskal H.S.:** Short-term, subchronic and chronic sequelae of affective disorder. *Psychiatr. Clin. H. Amer.* 1984 (in press).
18. **Charney D.S., Nelson J.C., Quinlan D.H.:** Personality traits and disorder in depression. *Am. J. Psychiatry*, 1981, 138:1601-1604.
19. **Chodoff P.:** The depressive personality: a critical review. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1972, 27:666-673.
20. **Gershon E.S., Mark A., Cohen N. et al.:** Transmitted factors in the morbid risk of affective disorders. A controlled study. *J. Psychiatr. Res.* 1975, 12:283-299.
21. **Gunderson J.G., Singer M.T.:** Defining borderline patients: an overview. *Am. J. Psychiatry*, 1975, 132: 1-10.
22. **Haynal A.:** Le sens du désespoir. *Rev. Franc. Psychanal.* 1977, 41:5-186
23. **Hirschfeld R.M.A., Klerman G.L. et al.:** Personality and depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1983, 40 : 993 - 998.
24. **Hirschfeld R.M.A., Klerman G.L.:** Personality attributes and affective disorders. *Am. J. Psychiatry*, 1979, 136:67-70.
25. **Hirschfeld R.M.A., Klerman G.L. et al.:** Assessing personality: effects of depressive state on trait measurement. *Am J. Psychiatry*, 1983, 140:695-699.
26. **Hirschfeld R.M.A., Klerman G.L. et al.:** A measure of interpersonal dependency. *J. Personal. Assess.* 1977, 41:610-618.
27. **Keller M.B., Shapiro R.W.:** "Double depression": superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am. J. Psychiatry*, 1982, 139: 438 - 442.
28. **Kretschmer E.:** La structure du corps et le caractère, Payot, Paris, 1930.
29. **Liebowitz M.R., Stallone F. et al.:** Personality features of patients with primary affective disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 1979, 60:214-224.
30. **Metcalfe M., Johnson A.L., Copper A.:** The Marke-Nyman Temperament Scale in depression. *Brit. J. Psychiatry*, 1975, 126:41-48
31. **Perris C.:** A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 194, 1966.
32. **Perris H., Strandman E.:** Psychogenic needs in depression. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 1979, 227:97-107.

33. **Peters U.H.:** The structure and links between headaches and depression. *Psychiatria Fennica, Suppl.* 1980.
34. **Pichot P.:** Les personnalités pathologiques. *Bull. Psychol. (Paris)*, tome XVIII, pp 1-48.
35. **Pfohl B., Stangl D., Zimmerman M.:** The implication of DSM-III personality disorders for patients with depression. *J. Affect. Dis.* 1984, 7:309-318
36. **Pilowsky I., Kastikitis M.:** Depressive illness and dependency. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983, 68:11 - 14.
37. **Pilowsky Y.:** Personality and depressive illness. *Acta Psychiatr. Scand.* 1979, 60:170-176.
38. **Robins E., Guze E.:** Classification of affective disorders - The primary - secondary, the endogenous, and the neurotic-psychotic concepts, in *Recent Advances in the Psychobiology of Depressive Illness.* Dept. Health Education and Welfare Publ. No. (HSM) 70 - 9053, 1972
39. **Rounsaville B.J., Sholomskas D., Prusoff B.A.:** Chronic mood disorders in depressed outpatients, *J. Affect. Dis.* 1980, 2: 73-88.
40. **Shaw D.M., McSweeney D.A. et al.:** Personality characteristics of alcoholic and depressed patients. *Br. J. Psychiatry*, 1975, 126: 56 - 59.
41. **Smeraldi E., Negri f. et al.:** Familial patterns and possible modes of inheritance of primary affective disorders. *J.Affect. Disord.* 1981, 3: 173-182.
42. **Spitzer R.L., Endicott J., Robins E.:** Research Diagnostic Criteria for a selected group of functional disorders. New York State Psychiatric Institute, 1980.
43. **Spitzer R.L., Endicott J., Gibon M.:** Crossing the border into berderline personality and borderline schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1979, 36:17-25.
44. **Stone M.H.:** Contemporary shift of the borderline concept from a subschizophrenic to a subaffective disorder. *Psychiat. Clin. N.Amer.* 1979, 2:577-594
45. **Stone M.H.:** Borderline syndromes: A consideration of subtypes and an overview directions for research. *Psychiat. Clin. N. Amer.* 1981, 4:3-24.
46. **Tellenbach H.:** *La mélancolie*, PUF, Paris, 1979.
47. **Vaz Serra A., Pollitt J.:** The relationship between personality and the symptoms of depressive illness. *Brit. J. Psychiatry*, 1975, 127: 211 - 218.
48. **Videbech Th.:** The psychopathology of anancastic endogenous depression. *Acta Psychiatr. Scand.* 1975, 52:336-373
49. **Videbech Th.:** A study of genetic factors, childhood bereavement, and premorbid personality traits in patients with anancastic endogenous depression. *Acta Psychiatr. Scand.* 1975, 52:178-222.
50. **Weissman M.M., Prusoff B.A., Klerman G.L.:** Personality and the prediction of long-term outcome of depression. *Am. J. Psychiatry*, 1978, 135:797-800.
51. **Weissman M.M.:** Acute and chronic depressions and depressive personality. *Psychiatria Fennica, Suppl.* 1980.
52. **Weissman M.M., Paykel E.S.:** *The Depressed Woman: A study of social relationships.* Chicago, University of Chicago Press, 1974.
53. **Winokur G.:** Unipolar depression. Is it divisible into autonomous subtypes? *Arch. Gen. Psychiatry*, 1979, 36:47-52.

54. **Wittenborn J.R., Maurer H.S.:** Persisting personalities among depressed women. Arch. Gen. Psychiatry, 1977, 34:968-971.
55. **Yerevanian B.I., Akiskal H.S.:** "Neurotic", characteriological, and dystimic depressions, Psychiat. Clin. N. Amer. 1979, 2: 595-617.
56. **Zersen von D.:** Premorbid personality and affective psychoses in Handbook of Studies in Depression, G.D.Burrows ed. Excerpta Medica, 1977.
57. **Zimmerman M., Coryell W. et al.:** The validity of four definitions of endogenous depression. Arch. Gen. Psychiatry, 1986, 43:234-245.