

## **Bibliografie**

1. Jacob, Th. J., Sheri L. (1997). "Parent—Child Interaction Among Depressed Fathers and Mothers Impact on Child Functioning," *Journal of Family Psychology*, 11, 4, 391-409.
2. Kincannon JCL. "Prediction of the standard MA scale scores from 71 items". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1968;32:319-25.
3. Rohner, R. P., & Khaleque, A. (Eds.) (2005). *Handbook for the Study of Parental Acceptance and Rejection* (4th ed.). Storrs, CT: Rohner Research Publications
4. Nacu A, Boderscova L, Chihai J, Spinei L. Ghid pentru Serviciile comunitare de sănătate mentală. Chișinău 2007.
5. Veneziano, R. A. (2003). The importance of paternal warmth. *Cross-Cultural Research*, 37, 265-281.

## **ASPECTELE PSIHPATOLOGICE A PERSONALITĂȚII PACIENȚILOR CU TULBURARE AFECTIVĂ**

**Vladimir Sterpu, Cezar Babin**

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Psychopathological traits of the personality of patient with mood disorder***

In this article was analyzed the pathological structure of the personality of the patients with mood disorder. Using the instrument to assess the patient's perception of him/herself were evaluated behavioral dispositions typical for the patients and their connection to pathological traits of character. It was shown that high level of the pathological traits of personality correlates with the poor psychological adjustment. Respondents with the high level of psychopathological changes have the tendency to falsify the information, especially those with aggressive behavior.

### **Rezumat**

În articol s-a analizat structura patologică a personalității pacientului cu tulburarea a sferei emotive. Prin folosirea instrumentului de autoestimare au fost evaluate înclinații comportamentale caracteristice pacienților și legatura lor cu trăsături patologice de caracter. S-a demonstrat că nivelul înalt trăsături patologice de personalitate corelează cu ajustarea psihologică scăzută. Respondenții cu nivel înalt de schimbări psihopatologice au tendința de a denatura informația redată, mai ales respondenții cu manifestări de agresivitate în comportament.

### **Actualitatea**

Dereglările sferii emotive la ora actuală sunt tulburările psihice depistate cel mai des, conform WHO, fără o tendință de reducere în populația generală. Persoanele depresive înregistrează o deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare. Spectrul fenomenelor psihopatologice variază de la dereglări ușoare, subclinice, neevidențiate de pacient până la tulburări, ce în timp destul de scurt aduc pacientul la invaliditate. În cazul episoadelor depresive majore, ideea sau tentativele de suicid sunt întâlnite frecvent. Interrelațiile între etiologia, simptomatologia, procese biochimice, ce stau la baza formelor diferite a dereglărilor emotive sunt până acum studiate insuficient și necesită cercetări profunde pe viitor. Una din probleme esențiale este fenomenul apariției personalității vulnerabile apariției tulburării afective. O personalitate este vulnerabilă atunci când unele trăsături ale caracterului sau sunt mult prea accentuate sau rigide, inadaptable situațiilor, cauzând, astfel, suferința propriei persoane sau celui alt. [3]

Teoria acceptării-respingerii părintești (TARP)– este o teorie de socializare care încearcă să explice și să predice consecințele majore ale acceptării și respingerii părintești pentru dezvoltarea comportamentului, funcțiilor cognitive și emoțiilor a copiilor precum și pentru

funcționarea personalității adulte pretutindeni. Conform teoriei date putem observa că copii respinși sau abuzați emoțional au tendința de a fi ostili și agresivi, sau de a avea probleme cu autocoordinația în acest domeniu, a fi dependenți sau „categoric independenți”, corelând direct cu gradul de respingere; a avea un simț neadecvat al autoaprecierii, a fi emoțional instabili, emoțional neresponsivi, și a avea o viziune negativă asupra lumii. Conform concepției lui Mead [2], se presupune că fiecare dintre noi tinde să aibă o imagine proprie conform unor standarde prepușe de unele „persoane importante”, adică faptul cum ar vrea ei să ne vadă. Și în cazul când părinții ca „persoane importante”, resping copilul, acesta din urmă își crează o părere că nu merită să fie iubit, și astfel devin persoane „nedemne de a fi oameni”.

Conform acestei teorii se poate spune că, copilul ce a fost respins de părinte, tinde să devină dependent de alții, de dragostea lor. Copilul nu poate să accepte (fiind matur) dragostea de alții. Mai mult ca atât, așa persoane resping dragostea din partea celor mai iubiți. Pentru a-și proteja sentimentele proprii, acești copii se închistează. Ei devin mai ostili față de lumea încunjărată și mai pretențioși față de alții, astfel formându-și o părere negativă despre viață. Aceste persoane de obicei nu sunt în stare să creeze relații sociale stabile, astfel că părerea lor negativă despre viață se fortifică. În familie, devenind maturi, cer multă afecțiune dar rămân reci față de dragostea oferită, astfel, fiind practic incapabili de a pune bazele unei relații stabile. Având copii, manifestă față de ei aceeași ostilitate, așa dar părinții care au suferit în copilărie respingerea părintească, mult mai frecvent manifestă ostilitate față de proprii copii, decât părinții care în copilărie au avut destulă afecțiune părintească, indiferent de cultură, exterior, naționalitate.

Teoria acceptării-respingerii părintești descrie funcționarea psihosocială a omului de pretutindeni. Pare a fi promițător postulatul despre Teoria acceptării-respingerii părintești care eventual reflectă principiile antropomice ale comportamentului uman.

- Acceptarea sau respingerea părintească are același tip de repercusiuni, așa cum sunt ostilitatea, dependența, subaprecierea, instabilitatea emoțională, neresponsivitatea emoțională și viziunea negativă asupra lumii.
- La nivel psihosocial apar dereglări de următorul tip: persoanele date sunt practic incapabile de a fundamenta relațiile personale cu sociumul și în familie, ceea ce servește drept bază apariției tulburărilor psihice de diferită profunzime.

Conform Teoriei acceptării-respingerii părintești pot fi studiate la un nivel mai profund diferite nozologii, având ca punct de reper devierile psihologice. [4]

### **Scopul studiului**

Estimarea caracteristicilor patologice de personalitate ale pacienților cu tulburări afective

### **Materiale și metode**

Au fost studiat un eșantion de 92 de respondenți care prezintă pacienții diagnosticați conform clasificării ICD-10 și înglobează toate formele ce intră în cifrul F.30 - F.39. Studiul sa efectuat în incinta IMSP SCP al RM și implică pacienții spitalizați.

**Chestionarul Mini-Mult** (forma scurtă a Inventarului multifazic de personalitate Minesotta (MMPI)) – este folosit pentru estimarea personalității pacientului. Mini-Mult a fost inventat de psihologistă finlandeză Kincannon J.C. în 1968, și se folosea mai mulți ani chiar și în fosta Uniunea Sovietică în traducerea și adaptarea lui Berezin F.P. și Miroșnikov M.P. conține 71 iteme, care se grupează în 3 scali de validare și 8 scali clinice, care apreciază caracteristicile personalității respondentului. [1]

O importanță majoră pentru aprecierea rezultatelor testării au **scările de validare** care arată atitudinea respondentului procesului testării:

4. „Dezmințire” (*scale of Lie*) - evaluează sinceritatea respondentului
5. „Falsificare” (*scale of Falsification*) – dezvăluie răspunsurile false – cu cât sunt mai mari indicii cu atât mai denaturată este informația redată de respondent

6. „Corectare” (*scale of Correction*) – corectează devierile introduse din cauza prudenții și controlului exagerat a respondentului.

**Scăile clinice** sunt: „Hipocondria” (*scale of Hypochondria*), „Depresia” (*scale of Depression*), „Isteria” (*scale of Hysteria*), „Psihopatia”, ce actual corespunde definiției „Sociopatie” sau „Personalitate disocială” (*scale of Psychopathy*), „Paranoia” (*scale of Paranoia*), „Psihastenia” (*scale of Psychasthenia*), „Schizoidia” (*scale of Schizoidity*), „Hipomania” (*scale of Hypomania*).

Chestionarul **PAQ** - un chestionar pentru estimarea ajustării psihologice și înclinații comportamentale a personalității respondentului. Acest chestionar are 8 scale de evaluare

1. “Ostilitatea/agresivitatea” (*Hostility/aggression Scale*) – apreciază nivelul de agresivitate a subiectului
2. “Dependența” (*Dependency Scale*) - pentru estimarea nivelului de dependență emotivă față de alte persoane
3. “Auto-stimă negativă” (*Negative Self-esteem Score*) – evaluează stima subiectului față de proprie persoană
4. „Auto-compatibilitatea negativă” (*Negative Self-adequacy Score*) – ajută la analiză autoaprecierii subiectului în relație cu problemele cotidiene, arată cum își apreciază el capacitățile sale și competența de a avea succes
5. “Areactivitatea” (*Unresponsiveness Score*) - estimarea nivelului responsurilor emoționale subiectului față de alte persoane.
6. “Instabilitatea” *Instability Score* - apreciază nivelul de instabilitate emoțională, chiar și la evenimente stresante minore
7. “Viziunea negativistică” (*Negative World View Score*) - evaluează nivelul de viziune negativă asupra propriei vieți
8. “Scorul total” (*Total PAQ Score*) – scorul total folosit pentru analiza statistică în compararea viziunilor și atitudinilor în diferite grupe etnice, culturale și naționali în studii cross-culturale și internaționale. Scorul reprezintă nivelul de ajustare psihologică. Nivelul mare a scorului este un marker ajustării psihologice scăzute.

**Scala Hamilton (HDRS - Hamilton Depression Rating Scale)** prezintă testul clinic pentru estimarea de către medic simptomatice patologice caracteristice sindromului depresiv. Scorul obținut prin completarea scalei permite calcularea unui indice global de depresie, care poate oferi informații utile, atât pentru aspectele cantitative ale depresiei (gravitatea depresiei), cât și cele adaptative. Era folosită în timpul internării și externării pacientului din staționar.

Datele obținute au fost analizate, folosind sistemul statistic analitic “SPSS 11.5 for OS Winows”. Corelațiile sau estimat după metoda lui Pearson. Corelația este indicată prin coeficientul de corelație *r*. Acest coeficient de corelație simplă, numit coeficientul de corelație Pearson, este folosit pentru a indica gradul asocierii liniare între 2 variabile, asocierea fiind reciproca.

## Rezultatele

**Tab.1 Corelații între nivelul depresiei (Scorul scării Hamilton) și înclinații comportamentale a personalității (Scalile PAQ)**

	Ostilitate/ agresivitate	Depen dența	Auto- stimă negativă	Auto- compatibi litatea negativă	Areacti vitatea	Instabi litatea	Viziunea negativis tică	Scorul total
scorul Hamilton	,306(**)	,006	,186	,153	,157	,239(*)	,255(*)	,283(**)

\*\* Corelația este semnificativă la nivel  $p < 0.01$

\* Corelația este semnificativă la nivel  $p < 0.05$

Din **Tabelul 1** se evidențiază corelații evidente între nivelul depresiei (Scorul scării Hamilton) și următoarele înclinații comportamentale a personalității (Scalile PAQ):

„Ostilitate/agresivitate” ( $r=0,306$ ), „Instabilitate” ( $r=0,239$ ), „Viziunea negativistică” ( $r=0,255$ ), și cu „Scorul total” ( $r=0,283$ ). În toate cazuri corelația este semnificativă la nivel de  $p<0,05$  și  $p<0,01$ .

**Tab.2 Corelații între nivelul depresiei (Scorul scării Hamilton) și trăsăturile patologice a personalității (Scalile clinice Mini-Mult)**

	Hipocondria	Depresia	Isteria	Psihopatia	Paranoia	Psihastenia	Schizoidia	Hipomania
scorul Hamilton	,375(**)	,379(**)	,332(**)	,202	,307(**)	,298(**)	,367(**)	,113

\*\* Corelația este semnificativă la nivel  $p<0.01$

\* Corelația este semnificativă la nivel  $p<0.05$

**Tabelul 2** arată corelații evidente între nivelul depresiei (Scorul scării Hamilton) și trăsăturile patologice a personalității (Scalile clinice Mini-Mult) pacienților cu tulburări depresive. Și anume cu „Hipocondria” ( $r=0,375$ ), „Depresia” ( $r=0,379$ ), „Isteria” ( $r=0,332$ ), „Paranoia” ( $r=0,307$ ), „Psihastenia” ( $r=0,298$ ), „Schizoidia” ( $r=0,367$ ). În toate cazuri corelația este semnificativă la nivel de  $p<0,05$  și  $p<0,01$ .

**Tab.3 Corelații între trăsăturile patologice a personalității (Scalile Mini-Mult) și înclinații comportamentale a personalității (Scalile PAQ)**

PAQ Mini mult	Ostilitate/ agresivitate	Dependența	Auto-stimă negativă	Auto-compatibilitatea negativă	Areactivitatea	Instabilitatea	Viziunea negativistică	Scorul total
Dezmințire	-,116	,168	,101	-,078	-,099	,005	-,118	-,054
Falsificare	<b>,478(**)</b>	,031	,022	,032	,052	<b>,241(*)</b>	<b>,273(*)</b>	<b>,295(**)</b>
Corecție	<b>-,239(*)</b>	-,093	-,071	-,152	-,194	<b>-,219(*)</b>	<b>-,246(*)</b>	<b>-,289(**)</b>
Hipocondria	<b>,303(**)</b>	,088	,107	,068	,074	<b>,283(**)</b>	,147	<b>,229(*)</b>
Depresia	<b>,329(**)</b>	,076	<b>,377(**)</b>	<b>,416(**)</b>	,185	<b>,490(**)</b>	<b>,350(**)</b>	<b>,488(**)</b>
Isteria	<b>,324(**)</b>	,162	,212	,197	,020	<b>,385(**)</b>	<b>,248(*)</b>	<b>,344(**)</b>
Psihopatia/ Sociopatia	<b>,286(**)</b>	,055	,210	<b>,273(*)</b>	,066	<b>,314(**)</b>	<b>,307(**)</b>	<b>,344(**)</b>
Paranoia	<b>,497(**)</b>	,061	,154	<b>,231(*)</b>	,156	<b>,466(**)</b>	<b>,430(**)</b>	<b>,467(**)</b>
Psihastenia	,149	,104	<b>,322(**)</b>	<b>,336(**)</b>	,030	<b>,373(**)</b>	,187	<b>,329(**)</b>
Schizoidia	<b>,467(**)</b>	-,053	,205	<b>,223(*)</b>	,126	<b>,381(**)</b>	<b>,307(**)</b>	<b>,386(**)</b>
Hipomania	<b>,332(**)</b>	,032	-,099	-,100	,057	,201	<b>,237(*)</b>	,167

\*\* Corelația este semnificativă la nivel  $p<0.01$

\* Corelația este semnificativă la nivel  $p<0.05$

Din **Tabelul 3** este evidentă conexiunea între trăsăturile patologice a personalității (Scalile Mini-Mult) și înclinații comportamentale a personalității (Scalile PAQ). Cele mai semnificative sunt dependențele liniare între așa înclinații comportamentale ca „Ostilitatea/agresivitatea”, „Auto-compatibilitatea negativă”, „Instabilitatea”, „Viziunea

negativistică” și trăsăturile patologice ca „Hipocondria”, „Depresia”, „Isteria”, „Paranoia”, „Psihastenia”, „Schizoidia”. „Ostilitatea/agresivitatea” are o corelație puternică cu „Paranoia” ( $r=0,497$ ;  $p<0.01$ ) și „Schizoidia” ( $r=0,467$ ;  $p<0.01$ ). Pe lângă asta scala clinică „Paranoia” mai arată și încă cele mai puternice corelații cu înclinații comportamentale ca „Instabilitatea” ( $r=0,466$ ;  $p<0.01$ ), „Viziunea negativistică” ( $r=0,430$ ;  $p<0.01$ ) și „Scorul total PAQ” ( $r=0,467$ ;  $p<0.01$ ). O altă corelație puternică este reprezentată între „Depresia” și așa înclinație comportamentală ca „Instabilitatea” ( $r=0,490$ ;  $p<0.01$ ) și „Scorul total PAQ” ( $r=0,488$ ;  $p<0.01$ ). „Scorul total PAQ” care reprezintă nivelul de ajustare psihologică are la rândul său corelații cu toate trăsături patologice de personalitate în afară de „Hipomanie”. Este interesant că scările de validare „Falsificare” și „Corecție” din Mini-Mult tot au o corelație evidentă cu scările PAQ. Înclinațiile comportamentale „Ostilitate/agresivitate”, „Instabilitatea”, „Viziunea negativistică” și „Scorul total PAQ” arată cu scala „Falsificare” corelații pozitive, dar cu scala „Corecție” niște corelații negative. Scala de validare „Falsificare” mai are încă o corelație puternică cu o înclinație comportamentală „Ostilitatea/agresivitatea” ( $r=0,478$ ;  $p<0.01$ )

### **Discuție**

Rezultatele obținute arată o conexiune certă între unele înclinații comportamentale la persoane vulnerabile tulburărilor emoționale și trăsăturilor patologice de personalitate.

În prim rând menționăm (din Tab.1) cele mai importante înclinații comportamentale prezente la respondenți, care sunt:

- agresivitatea într-o formă sau alta (scala „Ostilitate/agresivitate”),
- comportament emoțional instabil (scala „Instabilitatea”),
- viziune negativă asupra propriei vieți (scala „Viziunea negativistică”)
- și ajustarea psihologică scăzută (scala „Scorul total PAQ”).

Al doilea moment este legat cu devierile patologice a personalității respondenților. Evidente sunt corelații între nivelul depresiei și trăsături specifice tulburărilor de personalitate, anume, hipocondric, depresiv, isteric, paranoic, psihastenic și schizoid, (Tab. 2).

Prin contrapunerea chestionarelor Mini-Mult și PAQ, arată în Tabelul 3, confirmăm coincidența neîntâmplătoare a corelațiilor puternice între înclinații comportamentale susnumite la persoane vulnerabile tulburărilor emoționale cu nivelul depresiei dintr-o parte și a trăsăturilor patologice de personalitate cu depresia din altă parte. Așa dar agresivitatea, instabilitatea emoțională, viziune negativă asupra propriei vieți și ajustarea psihologică scăzută corelează strâns cu trăsături patologice de personalitate și cel mai evident cu trăsături de tip depresiv și paranoic. Cel mai mare nivel de comportament agresiv demonstrează respondenții cu trăsături paranoice și schizoide, instabilitatea emoțională e tipică la respondenții cu trăsături paranoice și depresive, și ajustarea psihologică scăzută este caracteristică pentru toți respondenți cu nivelul înalt al trăsăturilor patologice de personalitate, în afară de tipul hipomaniacal.

Respondenții cu nivel înalt de agresivitate au aratat tendințe evidentă a falsifica răspunsurile sale. Falsificarea este caracteristică și pentru respondenți cu înclinații comportamentale discutate mai sus - instabilitatea emoțională, viziune negativă asupra propriei vieți și ajustarea psihologică scăzută

### **Concluzii**

Pacienții depresivi manifestă trăsături patologice de caracter, ce aparțin tulburărilor de personalitate. Așa pacienți au unele înclinații comportamentale caracteristice - agresivitatea, instabilitatea emoțională, viziune negativă asupra propriei vieți și demonstrează o ajustare psihologică scăzută. Mai des acestea înclinații comportamentale se întâlnesc la respondenți cu trăsături de tip paranoic și depresiv. Cu cât mai mari sunt schimbări psihopatologice la respondenți, cu atât mai mare tendința de a denatura informația redată, mai ales respondenții cu manifestări de agresivitate în comportament.

## **Bibliografie**

1. Kincannon JCL. "Prediction of the standard MA scale scores from 71 items". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1968;32:319-25.
2. Mead, George Herbert.. "Mind, Self and Society". Chicago: University of Chicago Press, 1934
3. Lelord F., Andre C. "Cum sa ne purtam cu personalitatile dificile", traducerea Balamaci C., București, 2003
4. Rohner, R. P., & Khaleque, A. (Eds.) (2005). Handbook for the Study of Parental Acceptance and Rejection (4th ed.). Storrs. CT: Rohner Research Publications.

## **SINDROMUL KAROSHI: MAI EXISTĂ VIAȚĂ DUPĂ MUNCĂ?**

**Inga Deliv, Ion Coșciug, Eugenia Sinița**

Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Karoshi syndrome: is there life after work?***

Work addiction, or workaholism, is considered to be an obsessive – compulsive estate, meaning a continuous ritual-like activity. Side effects of such dependence can be various: families can get broken, children can be affected, the dependent person becomes lonely, his whole being, including mental, physical and emotional health will be affected. The number of deaths resulting from workaholism or karoshi phenomena, and other over-working side effects continue to attract researchers' attention.

### **Rezumat**

Dependența de muncă sau workaholismul, este considerată de specialiști, tulburare obsesiv-compulsivă, adică, o activitate neîntreruptă, asemenea unui ritual. Efectele acestei dependențe sunt dintre cele mai diverse: se pot destrăma familii, pot fi afectați copii, dependentul se transformă într-un singuratic, întreaga sa sănătate mentală, fizică, spirituală și emoțională îi va fi afectată. Numărul decesurilor datorate workaholism-ului sau fenomenului karoshi, precum și unor alte serii de reacții adverse ale supramuncii continuă să atragă atenția cercetătorilor.

### **Actualitatea temei**

Fără îndoială că munca ocupă o parte importantă în viața fiecăruia dintre noi. Lucrăm pentru bani, lucrăm de teama șefilor, lucrăm pentru a ne demonstra că suntem în stare să atingem un scop, lucrăm pentru a uita un necaz personal... Nu e nimic rău în asta, veți spune. Desigur, atâta vreme cât munca nu devine a doua noastră familie, atâta vreme cât muncim ca să trăim și nu trăim ca să muncim.

Workaholismul este un termen vag și greu de definit, intrat de puțină vreme în vocabularul omului modern. Dependenți de munca au existat dintotdeauna, doar că nu au căpătat această denumire până la finele secolului al XX-lea.

În epoca modernă însă – care înseamnă șomaj de masă, mijloace de comunicare la tot pasul, dorință de succes pe plan profesional – numărul celor care muncesc până la epuizare a crescut simțitor. Ceea ce altădată era specific oamenilor de știință și artiștilor care își dedicau viața bunăstării și îmbogățirii spirituale a umanității (*de ex, infarct pe scena de teatru*), a început să se manifeste și în cazul oamenilor obișnuiți, care muncesc pentru țeluri mai puțin nobile [1; 6; 12; 16].

Nu există o definiție general acceptată a dependenței de muncă. Majoritatea o consideră o boală și o includ în categoria tulburărilor obsesiv-compulsive, pentru că implică activitate neîntreruptă și comportament „ritualistic”, sau în categoria tulburărilor de dependență.