

DELUSIONAL DISORDER. CASE STUDY. PAIN AS COMPENSATION OF SELF'S INSIGNIFICANCE

Simona Marica, Assist. Prof., PhD, "Spiru Haret" University of Bucharest and Simona Trifu, Assist. Prof., PhD, "Carol Davila" University of Bucharest

Abstract: Delusional disorder is the disorder whose main manifestation is the presence of one or more non-bizarre delusions, lasting at least 1 month (cf. DSM V, 2013). The case relates to somatic subtype of this nosographic category, here pain in the face area is the forefront of the clinical picture.

Based on the case history knowledge, the patient's history and psychological tests applied, we can advance the hypothesis of pain as a symptom of a deep sense of insecurity and dissatisfaction, a patient's fragile psyche cry for help. In point of psychodynamic any symptom is worth defense. Since the patient did not develop her mental defense mechanisms in a sanogenetic way, we are witnessing the emergence of pathogen defense in her functioning - in fact, the patient's feeling of insignificance compensation, the only way she has access to in order to affirm her importance in and toward the world.

Keywords:*delusional disorder, somatic type, non-bizarre delusions, defense mechanisms, compensation.*

Motivația alegerii temei de cercetare: cazul ales este ilustrativ pentru un tip de funcționare maladadaptivă a mecanismelor de apărare (primitive) puse în joc de pacientă.

Obiectivul lucrării este acela de a demonstra cauzalitatea intrapsihică a somatizărilor pacientei, dar și funcția pe care o îndeplinesc simptomele în existența sa, mai precis: ce dezvăluie și ce înlocuiesc aceste simptome.

Date de identificare

Nume: P.T.

Vârsta: 48 ani

Etnia: română

Statut marital: căsătorită, un copil în vârstă de 11 ani

Ocupație: fostă învățătoare, actualmente casnică

Religia: creștin – ortodox

Istoric personal

P.T. provine dintr-o familie din clasa de mijloc, având un statut financiar foarte bun. Tatăl a fost director de I.A.S., după Revoluție conducând propria sa firmă în domeniul agricol.

P.T. a fost întotdeauna genul de *copil de bani gata*, căruia nu-i lipsește nimic și care simte că totul i se cuvine, fără eforturi.

Rezultatele la învățătură sunt modeste, totuși reușește să absolve Liceul Pedagogic și apoi se angajează ca învățătoare.

La 26 de ani, mama decedează iar P.T. resimte acest eveniment ca fiind dramatic, eveniment care o lasă cu un *sentiment de vid, imposibil de umplut*.

Un an mai târziu se căsătorește, la îndemnul tatălui, cu un bărbat de aceeași vârstă cu ea, provenind dintr-o familie foarte bine situată financiar, cu care va avea o căsnicie de doar 2 ani, presărată cu violență verbală și fizică.

Relatează faptul că fostul soț are un diagnostic de schizofrenie paranoidă.

La doi ani după divorț se recăsătorește cu un bărbat și el recent divorțat, iar în 2003 li se naște un băiat.

În toate deciziile de viață pe care P.T. le ia, se face auzită vocea tatălui. Nu există nici o decizie majoră legată de viața personală sau profesională care să pară că vine dintr-o motivație proprie.

Tatăl o sfătuiește să se mărite și tot el o îndeamnă să divorțeze. În cazul celui de al doilea soț o sfătuiește chiar ce strategie să adopte pentru a-l face să o ceară de soție. O îndeamnă să-i facă un copil, pentru a fi sigură că rămîne cu ea.

Tot tatăl îi spune să se angajeze învățătoare și-i „fabrică” apoi un dosar pentru Minister, cu ajutorul căruia P.T. să poată obține un loc într-o școală mai bună. Vorbește pentru fiica lui cu diverși inspectori și ea obține postul de învățătoare într-o școală reprezentativă.

Deși are mai mult de 20 de ani de experiență în educație, P.T. nu face față într-un loc de muncă unde exigențele sunt mari, colegii și directorul nu o cunosc și nu-i trec cu vederea lipsurile, iar părinții încep să se revolte.

Ca urmare, își dă demisia după doar un an petrecut în noua școală, în anul 2010.

Istoricul tulburării

Primele acuze ale lui P.T. vizează niște dureri în regiunea cervicală. La sfârșitul anului 2010, în urma unor investigații paraclinice, i se pune diagnosticul *hernie de disc*.

Având mijloacele financiare necesare, decide să se opereze la Viena. Operația este reușită, dar la întoarcerea în țară P.T. începe să acuze dureri în zona feței. Merge la consult neurologic și i se spune că este vorba despre *nevralgie de trigemen*, apoi face un consult O.R.L. și i se pune un alt diagnostic.

Nemulțumită de diagnosticul primit, P.T. consultă apoi un stomatolog, care-i explică faptul că durerile ei sunt cauzate de probleme stomatologice vechi, netratate. Decide să-i facă implant și aducție osoasă.

După implant, nu este mulțumită de rezultat și acuză o ocluzie defectuoasă. Consultă un alt stomatolog, cere să i se pună o gutieră, o poartă un timp, apoi renunță la ea.

Urmează vizita la un alt stomatolog, care îi pune coroanele (defectuos, după părerea lui P.T., care acuză, în continuare, dureri).

Face o nouă programare la Viena, unde se operează, cerând înlocuirea vechilor implanturi cu unele noi. Se întoarce în țară și periplul prin cabinetele stomatologilor continuă. Practic, se programează săptămânal la câte un stomatolog, ajungând să fie refuzată de aceștia.

Considerând că nu mai are soluții în țară, pleacă la Munchen, pentru o altă opinie.

În tot acest timp, funcționarea ei socială se reduce, contactele cu prietenii, excedați de nesfârșitele ei plângeri, se diminuează semnificativ, copilul este neglijat, pentru treburile casei sunt angajate două femei.

P.T. face continuu „documentare” pe internet în legătură cu problemele sale stomatologice și caută noi cabinete și clinici.

Climatul familial este tensionat, apar tot mai frecvent certuri cu partenerul care, deși suportiv, începe să banuiască un alt tip de afecțiune și o îndeamnă să caute ajutor psihiatric.

Inițial, P.T. refuză acest tip de ajutor, afirmând: „nu sunt nebună, nu mai suport să mă doară, ce să caut eu la psihiatru?”

Acceptă, după 4 ani de la debutul tulburării, să fie văzută de un psiholog, pentru că se simte *neînțeleasă, în pragul depresiei*.

Evaluarea stării psihice prezente

P.T. se înfățișează la evaluare îngrijit îmbrăcată, adecvat în raport cu vârsta, situația, momentul zilei.

Orientare:

Este orientat auto și allopsihic, spațial și temporal.

Atitudinea față de examinator:

Inițial suspicioasă, necooperantă, se schimbă pe parcursul interviului văzând că problemele ei de sănătate sunt tratate cu seriozitate.

Critica bolii:

Critica bolii este absentă, cel puțin la nivel conștient.

Deși neagă faptul că ar avea o tulburare psihică, cere continuu asigurări de la evaluator: *eu nu sunt nebună, toți medicii m-au tratat superficial, au fost neglijenți, ei nu găsesc cauza și-mi spun mie că sunt nebună; nu e firesc, în condițiile în care mă doare tot timpul, să fiu supărată? nu e normal să mă enervez?*

Percepția: Nu există tulburări productive la momentul examinării.

Atenția – hiperprosexie spontană pe conținutul relatărilor sale în legătură cu acuzele somatice și pe reacțiile examinatorului față de aceste relatări.

Memoria – Hiperpermnezie în legătură cu situația sa medicală, relatează cu lux de amănunte, date, fapte, evenimente legate de problemele stomatologice. Dă nume de cabinete, doctori, tehnicieni, proceduri, tehnici chirurgicale etc.

Limbajul – nu există tulburări de conținut, timbrul este răgușit, se remarcă o oarecare precipitare în vorbire, în legătură cu subiectul care-i focalizează atenția.

Gândirea - Remarcăm ideatie cu caracter prevalențial (ceea ce presupune o poziție dominantă în câmpul conștiinței, celelalte idei venind să le susțină, sprijine și argumenteze pe cele prevalente) chiar delirant – *medicii sunt toți, superficiali, pacienta nu este tratată cum trebuie, este probabil că situația aceasta nu va înceta niciodată, durerile nu vor trece.*

Sub raportul conținutului vorbim despre idei delirante hipocondriace, de prejudiciu, de culpă.

Indiferent de orice alte zone spre care încerc să îndrept conversația, aceasta se întoarce la suferința ei.

Fiul este menționat în treacăt, în contextul în care afirmă:

Îmi pare rău pentru el, are o mamă bolnavă.

Nu pot să am grijă de el, de abea am de mine.

Nu sunt răsfățată, nu mă alint, mă doare și nu pot să fac nimic pentru el.

Afectivitate:

Expresivitatea mimică este redusă, fruntea încrețită în omega, riduri de expresie ce trădează suferința, privirea este fixă.

Postura trădează încordare, anxietate.

Catharsis afectiv facil – plânge de mai multe ori pe parcursul interviului, atunci când relatează că este îngrijorată de boala ei, de evoluția posibilă, de faptul că nu știe cine va avea grijă de copil.

Relatează și o serie de simptome din sfera gastro-intestinală, probabil relaționate cu manifestările vegetative ale anxietății - senzație de arsuri la stomac, senzații de stomac plin, greață, vărsături, diaree.

A slăbit în ultimul an circa 7 kilograme.

Ritmul nictemeral nu este perturbat, P.T. fiind chiar mirată de faptul că *atunci când dorm, nu mă doare nimic. Nu m-am trezit niciodată din somn, de durere.*

Conținutul gândirii trădează idei depresive cu privire la posibila evoluție a bolii sale (*eu nu cred că mă voi mai face bine, am să suport durerile astea toată viața*), de prejudiciu, de culpabilitate (față de fiu).

Voința: hipobulie pentru majoritatea sectoarelor vieții sale, cu hiperbulie sectorială (căutare neobosită de tratamente sau medici)

Viața instinctuală – instinctul sexual este perturbat, nu mai simte dorință ori plăcere.

Apetitul alimentar nu este diminuat, dar afirmă că nu poate mânca de teama durerilor, deși îi este foame.

Probe aplicate:

- **Chestionarul de Personalitate CAQ**

Deși chestionarul a fost completat și prelucrat integral, ne-am oprit în analiza noastră doar asupra scorurilor acelor factori de personalitate care par să aibe relevanță pentru obiectivul lucrării noastre, respectiv:

Caldura afectiva (A = 2)– acest scor indică un comportament dominat de răceală, indiferență, spirit critic, opoziționism, suspiciune, rigiditate și relevă, de obicei, un istoric de relaționare interpersonală nesatisfăcătoare.

Inteligența (B = 3)– în acest context, factorul B (capacitatea rezolutivă), care are un scor mic, ne interesează din punctul de vedere al limitelor intelectuale care, alături de apărările sale primitive nu-i permit pacientei găsirea unor soluții de viață mai adaptative.

Stabilitatea emotionala (C = 1) – relevă (ca și chestionarul Hamilton), un nivel ridicat de anxietate, intoleranța la stress, incapacitate de a-si utiliza resursele.

Conformismul (G = 2) -denota un SupraEu slab. În general, Supraeul slab este caracterizat prin lipsa de toleranță la frustrare și descrie un individ schimbător, influențabil, cu o emotivitate generalizată, oboseală nervoasă, inconstanță și nesiguranță.

Suspiciozitatea (L = 8) -gradul de suspiciozitate înalt confirmă faptul că este vorba despre un ins având o serie de complexe și aflat *în gardă* față de un mediu pe care-l percepe ca ostil. Frecvent, scorurile înalte descriu un comportament care include, deopotrivă gelozia, critica și irascibilitatea.

Imaginatia (M = 1)– scorul foarte scăzut al acestui factor indică, în cazul de față, o persoană atașată convențiilor, cu o mare rigiditate în gândire și acțiune, incapabilă de a imagina alte soluții decât cele unanim acceptate.

Insecuritatea (O = 9)– scorul înalt al acestei scale relevă, așa cum ne așteptam, o persoană nesigură pe sine, lipsită de încredere în forțele proprii, cu tendința de a se plânge foarte mult de ceilalți (în fapt, de sine), lipsită de toleranță la critică, întrucât nu o consideră a-i fi de ajutor ci menită a-i evidenția limitele.

Autodisciplina (Q3 = 1) – denotă anxietate crescută, sentiment de sine slab, stima de sine scăzută;

Tensiunea (Q4 = 8) – scorul înalt reprezintă anxietate, frustrare, nevoia de a primi sprijin din partea celorlalți; în acest caz, însă, nevoia de sprijin este negată la nivel conștient și transpăre din somatizările pacienței, acestea fiind *strigătul de ajutor*.

Dintre scalele clinice ale CAQ ni s-au părut relevante următoarele:

Hipocondria (D1 = 9) - denota preocupare pentru disfuncțiile organismului. Scorul ridicat arată tendințe spre acuze somatice lipsite de suport organic, neîncredere în medic, relație terapeutică compromisă, inactivitate psihică.

Depresia anxioasă (D4 = 9) – scorul înalt corelează cu celelalte scale care denotă anxietate, depresie, foarte multă frustrare acumulată în urma incapacității de conștientizare și explorare a propriilor nevoi și dorințe.

Vina și resentimentul (D6 = 8) –pacienta are, în același timp, sentimente ostile față de ceilalți dar și vinovăție.

Psihastenia (As = 7) - sugerează tendința la comportament obsesional, folosit probabil ca o modalitate de aparent control asupra unui mediu ostil și a propriei vieți, dar și ca modalitate de reducere a anxietății.

Inadecvența psihologică (Ps = 8) –scorul înalt indică existența sentimentului de inutilitate, autodevalorizare, corelând cu depresia pacienței.

- **SCALA DE DEPRESIE BECK**

P.T. obține 17 puncte pe această scală, ceea ce corespunde unei depresii severe

- **CHESTIONARUL DE ANXIETATE HAMILTON**

Scorul obținut – 18 puncte – demonstrează anxietate severă

Interpretare psihologică – durerea ca o compensare a sentimentului insignifianței

În aparență un copil răsfățat, căruia i se cuvine totul, la maturitate P.T. nu simte că i se cuvine ceva, de fapt.

Nu și-a dezvoltat nici sentimentul identității personale, nici un sens propriu sau scop real în viață. A intrat, pe rând, în roluri care i-au fost sugerate/impuse de către figura investită cu autoritate: tatăl.

Pentru echilibrul oricărui individ scopul este sanogen, îi canalizează energia, absența lui face ca ființa să nu aibe *ancore*. Individul va baleia continuu între un scop și alt scop temporar, iluzoriu, mereu nemulțumit, mereu căutând ceva care să îi „umple” vidul existențial.

Simptomul (durerea) în jurul căruia gravitează viața ei pare a fi un semnal de alarmă, o încercare disperată de a atrage atenția asupra unui individ care se simte insignifiant. Durerea, însă, este ceva serios și trebuie tratată ca atare. Familia, prietenii, specialiștii, personalul angajat, toți trebuie să se aplece cu atenție și grijă asupra ei, să graviteze în jurul nevoilor sale.

Relațiile interpersonale sunt, toate, compromise: în familie este veșnicul pacient care formulează plângeri, cere să fie sprijinit și nu dă nimic în schimb. Rolul de pacient îi asigură, de altfel, apărarea de care are atâta nevoie. Nu poți să nu te porți bine cu cineva care este bolnav, nu poți să fii nepăsător cu el și nu poți să-i pretinzi aceleași lucruri ca unei persoane sănătoase.

Cu personalul care o servește este extrem de autoritară și absurdă în pretenții – deși negociază un program, consideră că aceste femei trebuie să-i stea la dispoziție de câte ori ea nu se simte bine sau trebuie să facă un drum la medic, indiferent de faptul că este ziua lor liberă sau sunt ore din afara programului negociat.

Cu prietenii nu mai poate discuta acesteprobleme, aceștia dându-i de înțeles că nu mai agreează veșnicile ei plângeri, fapt pentru care a rupt legătura cu ei.

În relația cu doctorii (autoritatea) are o atitudine ambivalentă: cere, insistent, ajutorul, pare că îi investește puternic și are o relație bună cu fiecare dintre ei, o perioadă. La ceea ce ea consideră a fi contrariere, critică, insuficientă atenție din partea medicului, rupe relația cu acesta, dezinvestindu-l și caută o altă figură care să-i ia locul. Este impresionată de titluri și diplome, dar și plină de complexe pentru faptul că ea nu este suficient de titrată. Vorbește, în același timp cu indignare, dar și cu plăcere despre eșecurile medicilor în a o trata.

Mecanismul de apărare pus în joc este acela pe care îl folosește orice individ cu un complex de inferioritate – **compensarea**. Dar, incapabilă de a se defini pe sine și sensul propriei existențe, compensarea nu vizează aici un domeniu în care PT să exceleze, spre a anula complexul, ci manifestarea unui simptom care este, în același timp, strigăt de ajutor și pedeapsă. Pedeapsă, deoarece ea este ambivalentă la nivel afectiv și față de ceilalți, și față de sine. Nu este capabilă de investiție afectivă, deoarece nu a învățat să se accepte și iubească nici pe sine.

P.T. nu se regăsește în nici unul dintre rolurile jucate, în afară de cel de *fetița tatei*. La un moment dat, însă, realitatea o pune să se confrunte cu roluri adulte: educator, soție, mamă. Ea nu se simte împlinită în nici unul dintre ele, pentru că, în fapt, **nici nu le-a ales**. A existat întotdeauna o voce autoritară (a tatălui) care i-a spus ce este dezirabil pentru ea. P.T. s-a conformat.

P.T. nu are un simț clar al identității. Nu știe cine este, ce-i place să facă, ce ar dori să devină. Dacă, însă, diplomele se pot cumpăra, dosarele pot fi contrafăcute, **sensul vieții personale nu este o chestiune pe care tatăl să o mai poată fabrica**.

Diagnostic pozitiv de axa I – TULBURARE DELIRANTĂ

Tulburarea delirantă presupune prezența unui **delir non - bizar, bine sistematizat** și o semnificativ mai bună funcționare socio – profesională (în raport cu alte tulburări psihotice). În cazul de față, există nu atât o retragere din lume, cât neglijarea majorității activităților cotidiene, cu centrarea excesivă pe situația de boală și pe victimizarea sa în relație cu medicii care au consultat-o.

Diagnostice diferențiale:

1. În **Tulburările afective cu elemente psihotice** (Tulburarea depresivă majoră sau Tulburarea afectivă bipolară), simptomele psihotice sunt prezente exclusiv în perioadele de perturbare afectivă și vom regăsi întotdeauna inițial modificarea dispoziției și, ulterior, apariția halucinațiilor și / sau ideății delirante. În cazul de față, ideea prevalențială s-a transformat în ideeție delirantă, ulterior apărând simptomele afective.
2. **Tulburare algică** – deși este adevărat că în acest caz durerea pare a fi elementul predominant al tabloului clinic (crt.A), nu este suficient de severă pentru a cauza detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional, ș.a.(crt. B.). Suntem de acord și cu îndeplinirea criteriului C – factorii psihologici par a avea un rol important în debutul și persistența durerii (vezi interpretarea psihologică anterior prezentată), simptomul nu este produs intenționat (crt. D), dar tulburarea pare a fi mai bine explicată de o tulburare psihotică (având în vedere caracterul impenetrabil la critică și contraargumentare al ideilor sale, dar și de lipsa criticii față de condiția ei).

Concluzii:

Diagnostic de Axa I - **Tulburare delirantă**

Tulburarea este suprapusă unei structurări defectuoase a personalității (fără a putea vorbi despre o tulburare de personalitate, în sens clinic).

Pacienta este încă extrem de imatură emoțional și nu are un simț clar al identității de sine, de altfel nu pare a poseda nici resursele cognitive, nici afective pentru a se descoperi, a învăța ce i se potrivește, în ce roluri poate evolua cu plăcere.

Mecanismele ei de apărare sunt extrem de primitive, ea funcționând doar prin somatizare (conversia durerii emoționale în simptome fizice), negare și deplasare, iar structura sa psihologică este deopotrivă vulnerabilă, dar și rigidă.

Nu credem că terapia psihologică ar putea să fie eficientă în acest caz, deopotrivă din cauza limitării sale cognitive, dar și a apărărilor extrem de rigide, de aceea preferabilă ar fi instituirea medicației și apoi, pe măsura remisiei simptomelor și recâștigării funcționalității, găsirea unei ocupații care să-i facă plăcere și să o ajute să se definească și în alte roluri functionale social, renunțând la rolul de pacient.

BIBLIOGRAFIE:

American Psychiatric Association, (2013), *DSMV*, Washington, D.C.;

Gabbard, O.G. (2014), *Tratat de psihiatrie psihodinamica*, Editura TREI, București;

Kaplan, V., & Sadock, B. A., (2001), *Manual de buzunar de Psihiatrie Clinica*, Editura Medicala și Liga Romană pentru Sănătate Medicală, București;

McWilliams, Nancy (2015), *Diagnosticul psihanalitic*, Editura Fundației Generația;

Tudose, F., Tudose, C., Dobranici, L. (2011), *Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*, Editura TREI, București.