

## UNELE ASPECTE LEGATE DE „MARGINALITATE” ÎN PSIHIATRIE

Gh. Grecu

Prin termenul de „marginalitate” în psihiatrie înțelegem acele tulburări psihopatologice ce se află la limita cea mai îndepărtată de așa-zisul nucleu al psihozelor, implicând astfel și prezența unor tulburări minime. Astfel, am putea spune că marginalitatea în psihiatrie desemnează o zonă intermediară dintre psihopatologie și psihonormalitate.

Conceptul de marginalitate (stări limită — „borderlines”) a luat naștere pornind de la existența unor tablouri clinice concrete atipice, la care este dificilă, incertă sau imposibilă atribuirea unui statut nosologic și nosografic clasic.

să direcționeze demersurile actului diagnostic), fie plurisindromatic excesiv. Intrucât demersurile gândirii psihiatrice trebuie să sfârșească printr-o opțiune diagnostică, aceste cazuri clinice, după ce oscilează între mai multe supoziții diagnostice, primesc apelative provizorii de tipul „stare” sau „sindrom” (singurele afirmabile cu o oarecare doză de certitudine), beneficiind în același timp de o atitudine expectativă și de aprofundarea investigațiilor clinice și paraclinice în speranța că un plus de informații (de tip transversal sau longitudinal) să clarifice situație dilematică (dubitativă) inițială.

Dacă această speranță nu se realizează în timpul investigațiilor, și dacă tabloul psihopatologic nu poate fi asimilat nici unui model teoretic al vreunei entități nosologice psihiatrice clasice, atunci fie că se procedează la o remaniere a conceptelor nosologice și a schemelor nosografice existente, fie mai simplu se consideră că avem de-a face cu o „stare marginală” (față de nosografia clasică). Astfel psihiatria americană include în așa numitele „borderlines-states”: sindromul Ganser, Cotard, Capgras, erotoman etc., refuzînd să mai încerce asimilarea lor la vreun cadru nosologic clasic, sau să imagineze, pornind de la aceste cadre nosologice alte noi, inedite. Se acceptă formula de „stări inclassificabile” sau neîncadrabile”, fără a se trece dincolo de planul etichetării sindromatice, operîndu-se codificarea la capitolul „alte afecțiuni”.

Marginalitatea, ca etichetă, mai poate fi impusă de un tablou fie mono- sau oligosindromatic (nespecific pentru că are o semnificație plurivocă printr-un minus informațional, adică în lipsa altor elemente clinice siv pînă la pansindromatic, cum este cazul așa-numitei „pannevroze” (ca-

re, de regulă, are o altă semnificație decît cea care ne apare la prima vedere, chiar dacă la început nu decelăm nici un element specific al arnei sale nosologice reale de încadrare). Există apoi tablouri clasice unde elemente izolate atipice pun problema unui posibil viraj al diagnosticului, într-o perspectivă de viitor. Orice cadru nosologic are un domeniu nuclear, al simptomelor sale cardinale obligatorii și suficiente pentru diagnostic, și un domeniu periferic, populat de o serie de simptome accesorii neobligatorii și insuficiente pentru diagnostic.

Elementele atipice neobișnuite chiar și pentru o zonă „periferică“ a expresivității clinice a unui cadru nosologic, pot pune (dacă persistă, se intensifică, se diversifică, sau mai ales dacă trec pe primul plan) problema unei forme clinice marginale cu viraj probabil spre un alt cadru nosologic care, întotdeauna va avea un prognostic psihiatric mai sumbru. Uneori „impurificarea“ unui tablou clinic cu elemente atipice este atît de mare încît însuși statutul nosologic al acestuia apare de la început ca discutabil. Nu este vorba aici de forme clinice atipice, dar ferm plasate pe un teritoriu nosologic oarecare (cum este cazul stărilor „mixte“, în care mixajul unor planuri simptomatologice ale sindromului maniaco-depresiv nu schimbă cu nimic încadrarea nosografică a tabloului clinic în domeniul psihozei maniaco-depresive), ci de tablouri clinice atipice, plasate între două entități nosologice distincte (cum este cazul psihozei mixte schizoafective), sau de tablouri psihotice atît de atipice prin heterogenitate simptomatologică și sindromatică încît orice altă formulare în afara celei de „psihoză atipică“ pare imposibil de susținut.

La noțiunea de marginalitate ne pot conduce nu numai variante clinice calitativ anormale, ci și variante cantitativ anormale sub raportul intensității de manifestare a sindromului dominant. De exemplu o depresie nevrotică gravă poate deveni marginal psihotică (deci cu o posibilă virare spre o psihoză depresivă), dacă intensitatea de manifestare a trăirilor de tip depresiv ale pacientului este atît de mare încît frizează intensitatea psihotică (schițindu-se în același timp și o serie de modificări de ordin calitativ). Invers, forme atipice latente, inaparente, ambulatorii de schizofrenie, sau așa-numitele „psihonevroze“, „psihastenii cu elemente discordante“, sînt considerate de unii autori ca „marginale“ între domeniul nevrozelor și cel al schizofreniei. Tot în acest sens, după concepția lui *Kretschmer* personalitățile anormale cicloide și schizoide ar putea fi considerate ca fiind marginale, între domeniul anormalității și cel al normalității psihologice (structurile ciclotimice și respectiv schizotimice ale personalității), și între domeniul anormalității psihologice și cel al bolii psihice (psihoză maniaco-depresivă, și respectiv, schizofrenia). De fapt, *Kretschmer* susține existența unui potențial de evolutivitate lineară dinspre normalitate spre anormalitate și ulterior spre boala psihică.

Intr-un sens strict, am putea spune că în formele „marginale“ nu intră formele mascate ale oricărui cadru nosologic clasic (exemplu depresia mascată), deoarece aici diagnosticul corect trebuie și poate să fie pus, aparența nosologică atît în perspectiva prezentului cît și în cea a viitorului fiind în afară de orice discuții. Dar o dezvoltare „derapantă“, o dezvoltare senzitivă sau prevalențială, este marginală, în perspectivă evolutivă, între domeniul nevrozelor (dinspre care „vine“), și cel al psihozelor (înspre care se „indreaptă“).

Marginale mai sînt entitățile „statice“ neevolutive, situate în zonele de tranziție dintre două cadre nosologice diferite, cum ar fi de exemplu „heboidofrenia“ (între schizofrenie și caracteropatie, eventual psihopatie). În această ordine de idei putem vorbi și despre „intelectul de limită“ ca zonă de tranziție între polul superior al oligofreniei (al debilității mintale), și polul inferior al „normofreniei“, chiar dacă aici noțiunea de varianță statistică antropologică a unei dimensiuni psihologice umane ar putea fi invocată ca argument de către partizanii antinosologiei în psihiatrie.

Conceptul de marginalitate implică necesarmente o concepție nosologică și o schemă nosografică oarecare (mai fermă sau mai laxă). Dacă acestea sînt ferme și aria psihiatriei va fi complet acoperită de un mozaic de entități distincte, rigid circumscrise, atunci noțiunea de marginalitate va putea funcționa numai privind formele clinice plasate la „frontierele“ dintre aceste entități, dar ca statut ferm „intranosologic“. Dacă concepțiile nosologice și schema nosografică sînt mai laxe, atunci marginalitatea va funcționa predilect cu referire la zonele de tranziție dintre entități. În principiu, referitor la oricare cadru nosografic se poate discuta problema marginalității. De exemplu nevrozele pot avea teritorii marginale spre normalitatea psihică, spre reacțiile anormale psihogene, structurile anormale ale personalității, spre psihoze, spre maladiile somatice. Numai o concepție antinosologică, antinosografică, antipsihopatologică totală, absolută, cum este poziția curenților extremiste ale antipsihiatriei poate să se dispenseze de noțiunea de marginalitate, rămase în acest caz fără obiect din cauza inexistenței a nici unui cadru delimitativ în planul psihismului uman între normalitate și anormalitate, sau în domeniul acesteia din urmă. Importanța noțiunii de marginalitate crește direct proporțional cu numărul acestor compartimentări, ea devenind sufocantă într-o concepție nosologică gen *Kleist-Leonhard*. Dar chiar și într-o optică nosologică „moderată“ cum este cea clasică, deoarece toată lumea este de acord că nosologia psihiatrică actuală nu are un caracter definitiv și deoarece formele clinice atipice precumpănesc statistic asupra celor clasice, furnizînd în același timp și un contingent serios de cadre clinice marginale, sub raport nosologic și nosografic problema marginalității continuă și foarte probabil va continua să rămînă mereu în atenție și în actualitate în domeniul psihiatriei.

### Bibliografie

1. *Bleuler E.*: Dementia Praecox or the Group of Schizophrenics. Int. Univ. Press, New York, 1950; 2. *Ekstein R., Wallerstein J.*: The Psychoanalytic Study of the Child (1954), 9, 344; 3. *Freeman Th.*: Childhood Psychopathology and adult Psychoses. Int. Univ. Press, New York, 1976; 4. *Freedman M. A., Kaplan I. H., Sadock J. B.*: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. I—II, Williams and Wilkins, Baltimore, 1978; 5. *Frosch J.*: Psychiatr. Q. (1964), 38, 81; 6. *Grinker R. R.*: Am. J. Psychiatry (1973), 130, 151; 7. *Grinker R. R., Werble B., Drye R. C.*: The Borderline Syndrome. Basic Books, New York, 1968; 8. *Gruenwald D.*: Arch. Gen. Psychiatry (1970), 23, 180; 9. *Hughes C.*: Alien. and Neurol. (1884), 5, 85; 10. *Kernberg O.*: J. Am. Psychoanal. Assoc. (1967), 15, 641. 53; 11. *Kety S.*: J. Psychiatry Res. (1968), 6, 345; 12. *Knight R. P.*: Borderline states. Int. Univ. Press, New York, 1954; 13. *Kraepelin E.*: Clinical Psychiatry. Mac-

millan, New York, 1912; 14. *Meissner W. W., Mack E. J., Semrad V. E.*: Theories of Personality and psychopatology. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ed.: Freedman A. M., Kaplan I. H., Sadock J. B., Williams and Wilkins, Baltimore, 1978, 482; 15. *Rosse J. C.*: J. Nerv. Ment. Dis. (1890), 17, 669; 16. *Schmideberg M.*: The borderline patient. In: American Handbook of Psychiatry. Ed. Arieti S. Basic Books, New York, 1959, 398; 17. *Weitbrecht J. H.*: Psychiatrie. Springer Verlag, Berlin, 1973; 18. *Werble B.*: Arch. Gen. Psychiatry (1970), 23, 3.

*Sosit la redacție: 5 septembrie 1980*

---