

Psihična dekompenzacija pri osebnostnih motnjah

MILOŠ ŽIDANIK*

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Maribor

Povzetek: V literaturi obstaja več možnih pristopov k diagnostiki osebnostnih motenj, ki imajo tudi vsa svoja teoretična izhodišča. Tako je psihiatrija v diagnostičnem smislu pretežno simptomatsko usmerjena, psihoanaliza pa idiografsko na motnje v osebnostni strukturi. Namen tega prispevka je poskus združitve obeh konceptov v enovit teoretični model, ki zaradi večplastnosti olajša diagnosticiranje v klinični praksi in lahko služi za nadaljnje raziskave. Pri oblikovanju omenjenega modela sem si pomagal z že dogovorjenimi odnosi med posameznimi osebnostnimi motnjami ter s pomočjo analize komorbidnosti osebnostno motenih ljudi v psihiatrični ambulanti. Primerjavo sem opravil samo med reprezentativnimi vzorci. V članku predlagam dvodimenzionalni model osebnostnih motenj, ki temelji na dveh dimenzijah – na dimenziji psihoseksualnega razvoja in dimenziji strukturnih deficitov ega. S pomočjo obeh dimenzij sem postavil umetne meje psihične dekompenzacije za vsako posamezno osebnostno motnjo. Tako se pri histrionični in shizoidni osebnostni motnji načeloma ne srečamo s psihotično dekompenzacijo, pri depresivni, odvisnostni, pasivno agresivni, obsesivno kompulzivni in izogibajoči seže ta praviloma največ do depresije s psihotičnimi simptomi, pri paranoidni, narcistični in disocialni do pretežno blodnjave motnje, pri mejni do shizofreniformne psihotične dekompenzacije in pri shizotipski do prehoda v shizofrenijo.

Ključne besede: psihiatrija, psihologija, mejna osebnostna struktura, diferencialna diagnoza, osebnost, razprave

Personality disorders and axis 1 comorbidity

MILOŠ ŽIDANIK

Dr. Adolf Drolc Health Center, Maribor, Slovenia

Abstract: The diagnostics of personality disorders has many different theoretical approaches. Psychiatry is mainly symptomatically oriented and psychoanalysis has an idiographic approach toward individual inner conflicts and strengths of the personality structure. The aim of this article is the reunion of these two concepts in a unified theoretical model, that can serve for better diagnostics in clinical practice and for possible future explorations. In the setting of this model I did include the theoretical and also some empirical data that I got in the analysis of comorbidity of personality disorders in psychiatric ambulatory care. I compared only statistically relevant data. In this article I present a two-dimensional model of personality disorders between two basic dimensions – the dimension of psychosexual development and

*Naslov / address: Miloš Židanik, dr. med., spec. psihiater in psihoterapevt, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Dispanzer za psihohigieno, Sodna ulica 13, 2000 Maribor, e-mail: Milos.Zidanik@guest.arnes.si, domača stran: <http://www.zd-mb.si/spoznajte/milos/MZidanik.htm>

the dimension of the structural deficits of ego. Between these dimensions I set artificial borders for axis I comorbidity regarding each personality disorder. So, normally we do not see psychotic decompensation in histrionic and shizoid personality disorder; in depressive, dependent, passive aggressive, obsessive compulsive and avoidant personality disorder we can expect the deepest decompensation in the form of depression with psychotic symptoms; in paranoid, narcissistic and dissocial personality disorder decompensation takes the form of delusional disorder; in borderline personality disorder the form of brief psychotic episodes similar to schizophrenia; and in the schizotypal personality disorder we can expect a transition to schizophrenia.

Key words: psychiatry, psychology, borderline personality, differential diagnosis, personality, essays

CC=3143 3210

Osebnostne motnje so zelo razširjene in predstavljajo enega večjih izzivov na področju zdravstvene oskrbe. Otežujejo zdravljenje tako psihičnih kot somatskih boleznih in negativno vplivajo na odnos terapevta do bolnika (Židanik, 2001). Zanje so značilni izraziti in trajni vedenjski vzorci. Kažejo se kot neprilagodljivi in rigidni odzivi na širok obseg osebnostnih in družbenih razmer ter predstavljajo značilne odklone od načina, kako povprečni posameznik v dani kulturi zaznava, misli, čuti in kako vzpostavlja odnose z drugimi (Marlowe in Sugerma, 1997; WHO, 1995). Pogostnost osebnostnih motenj se ocenjuje med 2 in 32 % (Kaplan, 1998; Marlowe, 1997). Marlowe in Sugerma (1997) v zvezi z diagnosticiranjem osebnostnih motenj navajata več problemov:

- ni standardizacije normalne osebnosti in normalnega vedenja;
- obstoj različnih terminologij in različna teoretična izhodišča motijo enovito diagnosticiranje;
- kliniki imajo raje unitarne kot multiple diagnoze, pozornost usmerjajo na prvo os (afektivne motnje, psihoze), ugotavljanje osebnostnih motenj pa ostaja v ozadju;
- uporaba termina *osebnostna motnja* lahko posameznika negativno označi in tudi zato so kliniki previdni pri opredeljevanju za to diagnozo.

Po drugi strani je prepoznavanje in diagnosticiranje osebnostnih motenj nujno – zdravljenje motenj s prve osi diagnosticiranja (APA, 1994) traja dlje, odgovor na zdravlila je slabši, simptomi kažejo nagnjenje h kroničnosti in povzročajo nižji nivo funkcioniranja kot podobne težave pri bolnikih brez osebnostne motnje (Benjamin in Strand, 1998; Cavedini, Erzegovesi, Ronchi in Bellodi, 1997; Patience, McGuire, Scott in Freeman, 1995; Skodol, Oldham, Hyler, Stein in Hollander, 1995). Osebnostno moteni sodijo tudi v skupino z velikim tveganjem za odločitev za samomorilno dejanje – stopnja samomorilnosti je skoraj tako visoka kot pri bolnikih z veliko depresijo (39 proti 41 %; Ahrens in Haug, 1996).

Psihiatrija je sledila težnjam somatske medicine po natančni diagnostični klasifikaciji po klinični sliki simptomov. Freudova psihoanaliza pa je prinesla nov pogled

na psihopatologijo in obrat pozornosti od simptomov na strukturo osebnosti. Diagnosticiranje je zanjo pomenilo ocenjevanje osebnostne strukture, iskanje patogenih jeder v njej (ponotranjenih konfliktov) in ohranjenih funkcij ega, na katere bi se psihoterapevtski proces lahko naslonil. Čeprav je psihoanalitična teorija močno vplivala na oblikovalce novih klasifikacij, kot sta DSM (APA, 1994) in MKB (WHO, 1995), so klasifikacije še vedno sestavljene po simptomih in patoloških fenomenih in le deloma po etiologiji, medtem ko psihoanalizi v diagnostičnem pregledu preostane večinoma le dinamično razvojna opisna in interpretativna znanost (Praper, 1996).

Sklop osebnostnih motenj v svoji osnovi izhaja iz psihoanalitičnih teorij. Te govorijo o mejni organizaciji osebnosti z razvojnimi deficiti ega in selfa na številnih razvojnih linijah, predvsem separacije in individualizacije, na liniji razvoja obramb, objektnih odnosov, obvladovanja impulzov in prilagoditvenih funkcij. Kernberg razvršča posamezne kategorije v kontinuum med psihotično in nevrotično osebnostno organizacijo. Tako je blizu psihotični organizaciji kategorija ljudi s paranoidnimi, shizoidnimi in ciklotimnimi potezami, blizu nevrotični organizaciji so depresivno nevrotični, obsesivno kompulzivno nevrotični in histerične osebnosti, vmes pa osebnosti z depresivno mazohistično karakterno problematiko, kaotično impulzivni ter infantilne in narcisistične osebnosti (Praper, 1999).

Harald Schulz-Hencke je vnesel koncept zavrtosti motivacijskih teženj v ozadju nevroz. Tako je kot razvojno najzgodnejšo težnjo prepoznal intencionalnost ali usmerjenost navzven. V primeru zavrtosti teh teženj se razvije, tako Schultz-Hencke, shizoidna nevrotična struktura. V drugem šestmesečnem obdobju življenja otrok razvije težnje po pridobivanju. Če teh teženj ne smemo razviti zaradi trdote in odklanjanja v okolju ali pa jih nam ni treba razviti zaradi razvajanja, pride do zavrtosti na tem polju in do razvoja depresivne nevrotične strukture. V drugem in tretjem letu življenja razvije otrok retentivne in agresivne težnje ali težnje po zadržanju in po samostojnosti. Če nima možnosti, da zadrži zanj pomembne predmete in da se igra po svojem izboru in svojih pravilih, če bo moral stalno upoštevati pravila drugih, ne bo zmož funkcionirati zunaj teh pravil, razvila se bo anankastična nevrotična struktura. Erotične in seksualne težnje se razvijejo v 4. in 5. letu življenja. Erotične so usmerjene v okolico, seksualne na partnerja – pri občutku emocionalne nesprejetosti ali pri preplavljanju s čustvi v otroštvu ob kaotičnem okolju, menjavanju vlog v družini in poudarjanju zunanjega efekta se lahko razvije zavrtost, ki je podlaga histerični nevrotični strukturi (Bregant, 1986; Praper, 1996).

Shizoidna osebnost se kot diagnostična kategorija pojavi prvič v šestdesetih letih, sprva v smislu osebnostnih značilnosti sorodnikov shizofrenih bolnikov in premorbidne simptomatike pri nekaterih bolnikih s shizofrenijo. Shizotipska motnja je vstopila v klasifikacijske sisteme pozneje. Shizoidnost kot pojem namreč ni več zadostovala za pokritje številnih različnih bolezenskih slik. Končno sta se vzpostavila dva pola - pol blizu nevrozi (shizoidna osebnostna motnja) in pol blizu psihozi (shizotipska osebnostna motnja), med katera nekateri vrinejo še mejno osebnostno motnjo

(Gunderson in Kolb, 1978; Lieberz, 1992; Spitzer, Endicott in Gibbon, 1979).

Nekateri avtorji navajajo pogostejše pojavljanje shizoidne, shizotipske in paranoidne osebnostne motnje pri sorodnikih bolnikov s shizofrenijo (Kaplan, 1998), vendar so študije značilno povezavo dokazale samo za shizotipsko osebnostno motnjo (Battaglia, 1995; Fulton in Winokur, 1993; Maier, 1994; Nigg in Goldsmith, 1994).

V MKB-10 (WHO, 1995) so osebnostne motnje, z izjemo shizotipske osebnostne motnje, ki je uvrščena takoj za shizofrenijo, in depresivne osebnostne motnje, ki je kot sinonim distimiji med afektivnimi motnjami, uvrščene v isto poglavje kot med seboj enakovredne kategorije, DSM-IV (APA, 1994) pa posamezne osebnostne motnje glede na klinični vtis združuje v tri ločene skupine:

- A - paranoidna, shizoidna in shizotipska: osebnostne motnje, ki dajejo čuden in ekscentričen vtis;
- B - antisocialna, mejna, histrionična in narcistična: motnje, ki dajejo dramatičen in čustven vtis;
- C - izogibajoča, odvisnostna, obsesivno kompulzivna in druge (pasivno agresivna, depresivna, mešana) osebnostne motnje: motnje, ki dajejo vtis anksioznosti.

Kljub temu, da so skupine nastale na podlagi podobnega kliničnega vtisa, pa imajo osebnostne motnje znotraj skupine A in C tudi podobno psihodinamsko ozadje, kar omogoča približevanje obeh konceptov – tako simptomatskega, značilnega za klasifikacijske sisteme, kot psihoanalitičnega, ki je usmerjen v ozadje osebnostnih motenj.

Avtorji povezujejo paranoidno osebnostno motnjo s sumničavostjo, jezo in sovražnostjo, čustvena sfera je izrinjena, v primeru psihotične dekompenzacije se pojavi navadno simptomatika blodnjave motnje. Shizoidno osebnostno moteni psihično dekompenzirajo v smislu depresije, shizotipski v smislu depresije ter kratkih psihotičnih epizod z možnostjo prehoda v shizofrenijo. Disocialno osebnostno moteni ljudje v primeru psihične dekompenzacije slabo obvladajo svoje agresivne impulze, kar se kaže v hetero- in avtoagresivnem vedenju ter opijanju. Anksioznosti in depresije pri njih ni opaziti, kljub situacijam, ko bi tak odgovor pričakovali. V nasprotju z njimi pa so mejno osebnostno moteni vedno v krizi, so čustveno nestabilni, impulzivni, depresivni, suicidalni, nagnjeni k zlorabi psihoaktivnih snovi, možne so kratke psihotične epizode. Histrionično osebnostno moteni so v primeru psihičnih dekompenzacij nagnjeni k somatizaciji in disociativnim (konverzivnim) motnjam. Depresivno in odvisnostno osebnostno moteni se v primeru psihične dekompenzacije odzovejo z depresijo, s tem da so odvisnostno osebnostno moteni bolj anksiozni, pri njih pa lahko pride celo do folie a deux v smislu psihotične dekompenzacije. Pasivno agresivni so trmasti, neučinkoviti, iščejo izgovore in napake pri tistih, od katerih so odvisni, tako da se drugi čutijo zmanipulirane. Dekompenzirajo v smislu depresije in suicidalnosti. Tudi narcistično osebnostno moteni so v primeru psihične dekompenzacije nagnjeni k depresiji. Izogibajoče osebnostno moteni so nagnjeni k anksioznosti, depresiji in socialnim fobijam, obsesivno kompulzivni pa k anksioznosti, depresiji, psihosomatskim motnjam in obsesivno kompulzivni motnji.

(Dowson, 1995; Kaplan, 1998; Zihlerl, 1999).

Namen tega prispevka je torej razširitev in prilagoditev Kernbergovega modela diagnostičnim entitetam iz aktualnih klasifikacij ter poskus združitve obeh konceptov – simptomatskega in idiografskega – v enovit teoretični model, ki bi na enostaven in jasen način združil simptomatiko z ozadjem osebnostnih motenj ter s tem razvrstil osebnostne motnje glede na okvirni zastoj v fazah psihoseksualnega razvoja in glede na globino razvojnih deficitov ega, ki pogojujejo globino psihične dekompenzacije po zunanjih ali notranjih stresorjih. Gre za predlog, ki ga v prihodnosti še gotovo čakajo predelave in dopolnitve. Pri zasnovi sem se delno naslonil na podatke iz literature v smislu opisov kliničnih slik, delno pa na podatke o komorbidnosti osebnostnih in drugih psihičnih motenj pri bolnikih, ki so v obravnavi v moji psihiatrični ambulanti. Statistično sem analiziral samo tiste skupine osebnostnih motenj, ki so se pojavljale pogosteje. Pričakoval sem, da bodo imele osebnostne motnje, ki imajo po psihoanalitični teoriji razvojno zgodnejše fiksacije v psihoseksualnem razvoju, globljo patologijo v primeru psihičnih dekompenzacij kot osebnostne motnje s poznejšimi razvojnimi deficiti.

Metoda

Udeleženci

V analizo sem zajel podatke 395 bolnikov z osebnostno motnjo, ki so v obravnavi v moji psihiatrični ambulanti. 235 bolnikov je bilo ženskega in 160 bolnikov moškega spola. Pri vsakem bolniku sem upošteval podatke o spolu, starosti, vrsti osebnostne motnje in spremljajočih psihičnih motnjah.

Inštrumenti in postopki

Diagnozo sem postavljaj s pomočjo psihiatričnega pregleda (Židanik, 2000), ki je zajel štiri osi diagnosticiranja v psihiatriji (klinični sindromi na prvi osi, osebnostne motnje in duševna manjrazvitost na drugi, telesna obolenja na tretji in psihosocialne okoliščine na četrti osi) in je vedno vseboval elemente usmerjene anamneze, ki služi za uvodni intervju pred začetkom psihoterapevtske obravnave (Bregant, 1986). S pomočjo teh elementov sem zajemal razvojne dejavnike in dobival odgovore na posamezna projektivna vprašanja. Opredeleitev za posamezno osebnostno motnjo sem preveril v razgovoru z bolnikom, ki je sledil pridobivanju anamnestičnih podatkov, tako da sem opisoval tipične vedenjske vzorce, značilne za posamezno osebnostno motnjo, bolnik pa jih je potrdil ali zavrnil. V nejasnih primerih sem se odločil za psihodiagnostični pregled pri specialistu klinične psihologije. Včasih s prvim razgovorom celovita eksploracija ni bila možna, spet drugič se je med nadaljnjo obravnavo pokazalo da bi bila drugačna diagnostična opredelitev ustrenejša. V teh primerih sem podatke, ki

sem jih namenil za analizo, ustrezno spremenil. Tako sem pri diagnosticiranju posamezne osebnostne motnje upošteval diagnostična merila DSM-IV (APA, 1994), moral sem najti potrditev zgodnjih razvojnih deficitov ega in selfa, motnje ida (npr. v smislu impulzivnosti in slabe kontrole impulzov ob znakih - vedenjskih [npr. neodločnost] in simptomatskih [npr. grizenje nohtov] - agresivne zavrtosti) in motnje superega, pač glede na vrsto posamezne osebnostne motnje. Kot sem omenil, sem moral dobiti potrditev svojih opredelitev tudi s strani bolnika, ko sem simptomatiko povezoval z življenjsko situacijo v ospredju in osebnostnimi lastnostmi v ozadju, dokončno diagnozo pa sem izoblikoval po daljšem spremljanju v ambulantni, ko so se z novimi vsebinami, ki jih je bolnik prinašal, delovne diagnoze pokazale za pravilne ali pa ne.

Žal ni bilo možnosti za objektivizacijo diagnoze s pomočjo osebnostnih vprašalnikov, ki jih v našem slovenskem prostoru še ni na voljo (kot je npr. Millonov in Davisov MCMI-III, ki zajema vse osebnostne motnje iz MKB-10). Prav tako iz povsem praktičnih razlogov nisem razmišljal o preverjanju diagnoze s pomočjo drugega strokovnjaka; pri tem številu preiskovancev bi to pomenilo čez 60 delovnih dni dodatnega dela za drugega psihiatra, kar bi spet imelo posledice v smislu daljšanja čakalne dobe za vse bolnike v naši ustanovi.

Rezultati in razprava

Povprečna starost vseh bolnikov ob prvi ugotovitvi obstoja osebnostne motnje je bila 38,12 let, mediana pa 38 let. Ženske so bile stare v povprečju 38,5 let z mediano 38 let in moški 37,57 let z isto mediano. Vendar so moški le navidez mlajši od žensk – če podskupini moških odvzamemo podatke 27 vojakov (služenju vojaškega roka ženske niso izpostavljene), dobimo srednjo starost moških 41,01 let z mediano 43 let.

Zaradi jasnejšega pregleda sem spremljajoče motnje brez psihotičnih znakov poenostavljeno razdelil na »solitarne« in »mešane«. Prva skupina predstavlja število primerov, ko sem kot dodatno psihično motnjo ugotovil samo eno dodatno diagnozo (upošteval sem depresijo, anksioznost in somatoformne motnje kot najpogostejše oblike spremljajočih psihičnih motenj). V drugo skupino sem uvrstil bolnike, pri katerih sem ugotovil več afektivnih motenj hkrati. Tako se solitarne motnje statistično značilno pogosteje pojavljajo pri depresivni osebnostni motnji glede na odvisnostno osebnostno motnjo ($p < 0,05$). Ob tem sem še dolžan navesti, da se je odvisnostna motnja brez dodatne afektivne motnje, katere globina bi zadostila kriterijem DSM-IV kriterijev za dodatno diagnozo, pojavila v 15 primerih in depresivna v 10. Med tema podatkomata ni statistično pomembne razlike. Depresija s psihotičnimi simptomi se statistično značilno pogosteje pojavlja pri odvisnostni osebnostni motnji glede na depresivno ($p < 0,05$). Tudi primerjava podatkov odvisnostne in obsesivno kompulzivne motnje kaže, da se depresija s psihotičnimi značilnostmi statistično značilno pogosteje pojavlja pri odvisnostni osebnostni motnji. Pri omenjeni analizi sem uporabil Fisherjev eksakt test ($p < 0,05$).

Tabela 1: Vrsta osebnostne motnje in psihične dekompenzacije.

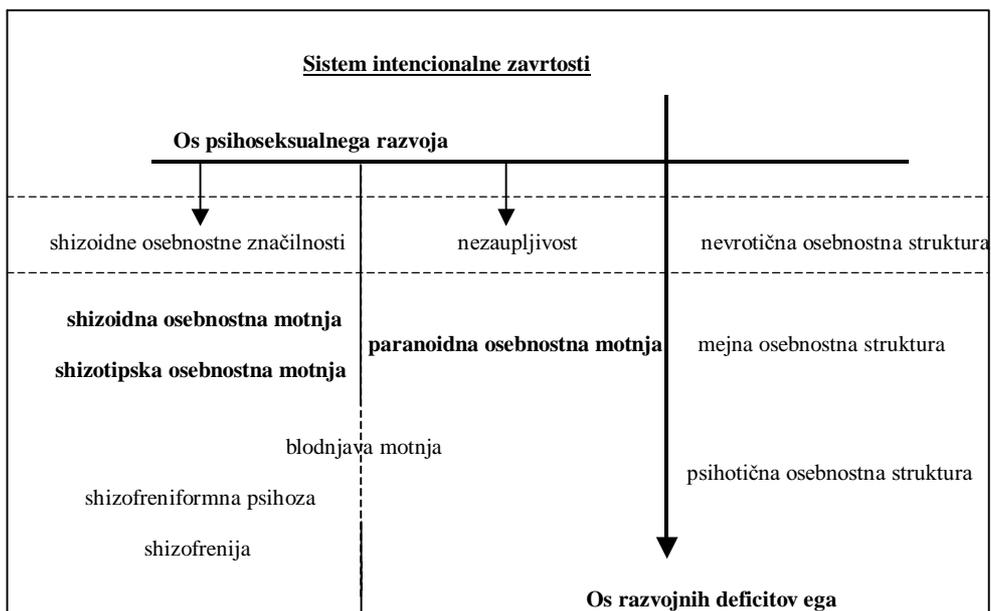
vrsta osebnostne motnje	N_Z	N_M	N_{vseh}	<i>solitarne motnje</i>	<i>mešane motnje</i>	<i>depresija s psihozo</i>	<i>kratke psihotične epizode</i>
odvisnostna	106	40	146	32	70	22	1
depresivna	64	38	102	50	32	5	1
obses.-komp.	21	18	39	13	16	1	0
disocialna	8	25	33	9	6	0	1
mejna	7	7	14	5	1	0	1
narcistična	3	5	8	2	0	0	2
paranoidna	1	5	6	2	1	0	1
bojazljivostna	4	1	5	1	0	2	0
shizotipska	2	2	4	0	0	0	0
histrionična	2	0	2	1	1	0	0
shizoidna	0	2	2	0	1	0	0
pas.-agresivna	1	1	2	0	1	0	0
mešane	16	16	32	19	4	2	1
N_{skupaj}	235	160	395				

Osebnostne motnje skupine A

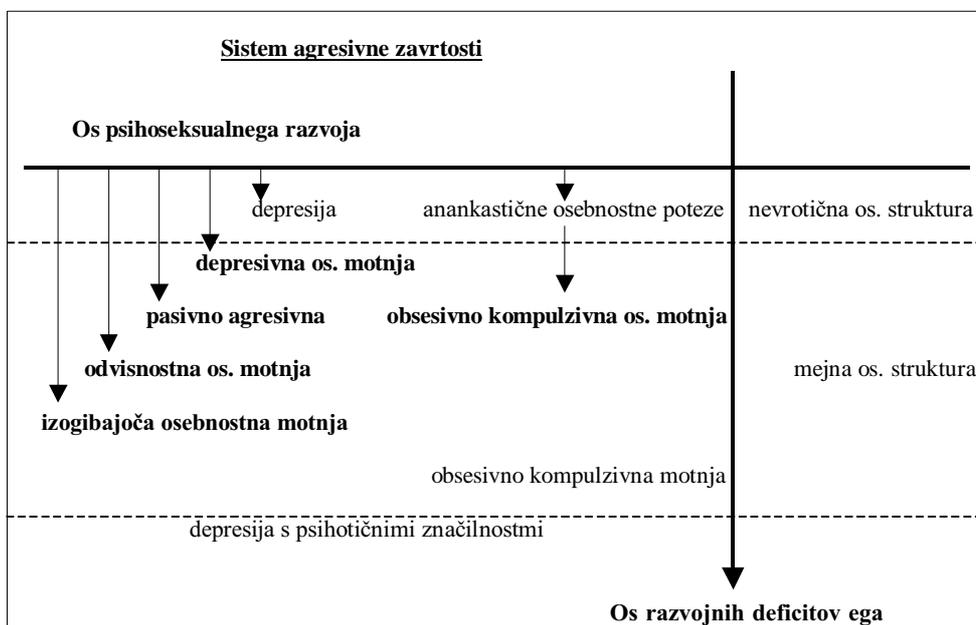
V tej skupini nastopajo shizoidna, shizotipska in paranoidna osebnostna motnja. S psihoanalitičnega vidika predstavljata ozadje vseh teh motenj id patologija, ki se kaže v intencionalni zavrtosti in ego patologija v smislu mejne osebnostne strukture. Intencionalna zavrtost se kaže v odtujenosti svetu in nesposobnosti empatičnega zaznavanja sočloveka, zaradi izrinjanja čustvene sfere in izkrivljenega zaznavanja okolja prihaja do selektivne percepcije okolja kot nečesa sovražnega, kar odtujenost samo krepi. Paranoidno osebnostno moteni stopajo v pogostejše interakcije z okoljem, vendar zaradi intencionalne prikrajšanosti ne zmorejo vzpostavljenih odnosov ustrezno presoditi in ovrednotiti, in zato jih presojujejo glede na lastne slabe izkušnje. V primeru psihične dekompenzacije lahko v skrajnem primeru pride do kratkih psihotičnih epizod, pri paranoidni osebnostni motnji do blodnjave motnje, pri shizotipski motnji do blodnjave ali shizofreniformne motnje, morebiti pa celo do prehoda shizotipske osebnostne motnje v shizofrenijo.

Osebnostne motnje skupine C

V tej skupini so izogibajoča, odvisnostna, depresivna, pasivno agresivna in obsesivno kompulzivna motnja. Če poenostavim psihoanalitično ozadje, je v ozadju vseh teh motenj agresivna zavrtost – pomanjkanje samozavesti, samostojnosti in prodornosti. Ponovno se srečujemo s kombinirano patologijo dveh področij psihičnega aparata –



Slika 1: Osebnostne motnje skupine A po DSM-IV.



Slika 2: Osebnostne motnje skupine C po DSM-IV.

ob id tudi z ego patologijo. Glede na klinično sliko in psihoanalitično ozadje povežem izogibajočo, odvisnostno, depresivno in pasivno agresivno motnjo v enovit sklop (v ozadju vseh štirih motenj vidim depresivno strukturo po Schulz-Henckeu), obsesivno kompulzivno osebnostno motnjo pa vidim posebej (v ozadju slednje je anankastična struktura). Na podlagi analize primerov postavljam depresivno motnjo na mejo proti nevrotični osebnostni strukturi, odvisnostno glede na pogostejše odzivanje s težjimi oblikami psihične dekompenzacije (depresija s psihotičnimi simptomi) nekje na sredino mejne osebnostne strukture, pasivno agresivno in obsesivno kompulzivno pa vmes. Obsesivno kompulzivno postavljam med odvisnostno in depresivno zaradi manjše nagnjenosti k psihotičnim dekompenzacijam, hkrati pa zaradi pogoste komorbidnosti z obsesivno kompulzivnimi motnjami, ki sodijo med najresnejše psihopatološke fenomene. Ker sem se pri svojem delu srečal s samo štirimi primeri izogibajoče osebnostne motnje in dvema pasivno agresivne, njunih položajev ne morem določiti na podlagi statistične analize podatkov, pač pa na podlagi opisov klinične slike iz literature.

Osebnostne motnje skupine B

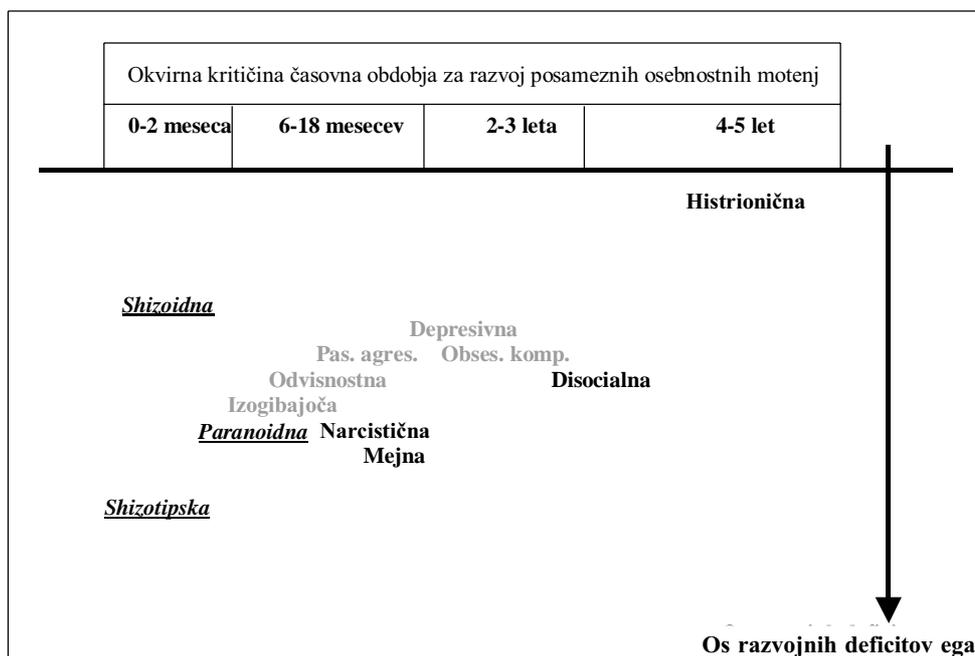
V tej skupine so se znašle osebnostne motnje, ki so glede na svoje psihoanalitično ozadje precej različne, zato jih navajam posebej.

Histrionična osebnostna motnja. Pri tej osebnostni motnji je v ospredju id patologija. Zato praviloma ne prihaja do psihotičnih dekompenzacij. Tudi teh motenj nisem zajel v takem številu, ki bi omogočalo kakršnokoli sklepanje na podlagi statistične analize vzorca.

Narcistična osebnostna motnja. Pri tej motnji gre za kombinacijo self, ego in id patologije s self in ego patologijo v ospredju. Moj vzorec je bil majhen ($N=8$), kljub temu sem zabeležil en primer akutne, shizofreniji podobne motnje, in en primer akutne, pretežno blodnjave motnje, kar kaže na mejno osebnostno strukturo blizu meje s psihotično osebnostno strukturo.

Mejna osebnostna motnja. Pri tej osebnostni motnji je v ospredju ego patologija. Čeprav je bil tudi v tej kategoriji vzorec premajhen za resnejšo analizo ($N=14$), lahko mejno osebnostno motnjo razvrstim s pomočjo podatkov iz literature. Podobno kot narcistična je tudi ta motnja na meji s psihotično osebnostno strukturo in je nagnjena k resnejšim psihotičnim dekompenzacijam v smislu shizofreniformne in blodnjave motnje.

Disocialno osebnostno moteni. Pri tej motnji gre za kombinirano superego, ego in id patologijo. Kljub podatkom iz literature, da pri tej osebnostni motnji depresij niso opažali, sem jih sam zasledil, vendar kot posledico subjektivnega občutja krivičnega ravnanja drugih z njimi. V svojem vzorcu ($N=33$) sem zabeležil primer psihotične dekompenzacije v obliki akutne, pretežno blodnjave motnje.



Slika 3: Dvodimenzionalni model osebnostnih motenj.

Zaključek

Posameznikovo psihično stanje ima nekakšen maneverski prostor, po katerem se giblje. Ta maneverski prostor pogojujejo značilnosti posameznikove osebnosti in teža zunanjega al notranjega stresorja. V primeru psihične dekompenzacije se sprva srečujemo z blažjimi simptomi, kot so izolirane depresije, anksioznost ali izolirane somatoformne motnje. Ko se dekompenzacija pogloblja, prihaja do mešanih oblik somatoformnih motenj, depresije in anksioznosti. Pri shizoidni in histrionični osebnostni motnji se psihična dekompenzacija praviloma ustavi na tej stopnji, pri obsesivno kompulzivni se anksioznost pogloblja, praviloma do obsesij in kompulzij, seže pa tudi kot depresivna, odvisnostna, pasivno agresivna in izogibajoča osebnostna motnja do depresije s psihotičnimi simptomi. Paranoidna in disocialna motnja se ustavita pri akutnih, pretežno blodnjavih psihotičnih motnjah, mejna in shizotipska pa sežeta še globlje, do shizofreniformnih psihoz, shizotipska motnja pa lahko preide celo v shizofrenijo.

V tem prispevku sem povezal posamezne vrste osebnostnih motenj s psihoanalitičnim ozadjem. Ob tem sem zarisal spodnjo mejo psihične dekompenzacije za vsako posamezno osebnostno motnjo. Zavedam se, da model zaradi premajhnega števila zajetih ljudi v raziskavo ni popoln in potrebuje nadaljnje preverjanje. Dejstvo je

namreč, da je za osebnostno motene, še posebej paranoidno, shizoidno, shizotipsko in izogibajoče osebnostno motene, značilno, da imajo težave z navezovanjem stikov in s tem tudi s terapevtsko obravnavo. Prav tako se zavedam, da obstajajo izjeme že zaradi zelo pomembne biološke komponente v etiološkem smislu, kar pomeni, da lahko človek s posamezno osebnostno motnjo dekompenzira tudi globlje od mej, ki sem jim jih umetno in teoretično postavil. Kljub temu sem prepričan, da predstavljeni teoretični model lahko prispeva k boljšemu razumevanju in diagnosticiranju osebnostnih motenj. Ker je klinična slika prekrivajoča in ker imajo mnoge osebnostne motnje podobno razvojno ozadje, lahko ta model pomaga pri diferenciaciji posameznih motenj; če se vrsta osebnostne motnje ne sklada s predvideno globino psihične dekompenzacije, je delovno diagnozo priporočljivo še enkrat preveriti. Tako lahko pogosto, predvsem pri mešanih osebnostnih motnjah, spregledamo soobstoj značilnosti druge osebnostne motnje, če si že s prvo delovno diagnozo pojasnimo večino simptomatike s prve osi.

Literatura

- Ahrens, B. in Haug, H.J. (1996). Suicidality in hospitalized patients with a primary diagnosis of personality disorder. *Crisis*, 17, 59-63.
- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Battaglia, M. (1995). A family study of schizotypal disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 21 (1), 33-45.
- Benjamin, L.S., Strand, J.G. (1998). Recognizing comorbid personality disorder can help manage and treat the »untreatable«. *North American Clinical Psychiatry*, 21, 775-789.
- Bregant, L. (1986). Psihodinamična teorija nevroz [The psychodynamic theory of neuroses]. V Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana. *Psihoterapija 14 [Psychotherapy 14]*, (str. 13-93). Ljubljana: Pleško.
- Cavedini, P., Erzegovesi, S., Ronchi, P. in Bellodi, L. (1997). Predictive value of obsessive-compulsive personality disorder in antiobsessional pharmacological treatment. *European Neuropsychopharmacological Journal*, 7, 45-49.
- Dowson, J.H. (1995). Specified personality disorders: clinical features. V J.H. Dowson in A.T. Grounds (ur.), *Personality disorders: Recognition and Clinical Management* (str. 44-126). New York: Cambridge University Press.
- Fulton, M. in Winokur, G. (1993). A comparative study of paranoid and schizoid personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150 (9), 1363-1367.
- Gunderson, J.G. in Kolb, J.E. (1978). Discriminating feature of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792-796.
- Kaplan, P.M. in Sadock, V.A. (1998). *Synopsis of Psychiatry*. (8th ed.) Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lieberz, K. (1992). Fruehkindliche Risikobelastung bei Schizoiden, Neurotikern und Gesunden. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 42, 279-284.

- Maier, W. (1994). Personality variations in healthy relatives of schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 12 (1), 81-88.
- Marlowe, M. in Sugerman, P. (1997). ABC of mental health: Disorders of personality. *British Medical Journal*, 315, 176-179.
- Nigg, J.T. in Goldsmith, H.H. (1994). Genetics of personality disorders: perspectives from personality and psychopathology research. *Psychological Bulletin*, 115 (3), 346-380.
- Patience, D.A., McGuire, R.J., Scott, A.I. in Freeman, C.P. (1995). The Edinburgh Primary Care Depression Study: personality disorder and outcome. *British Journal of Psychiatry*, 167, 324-330.
- Praper, P. (1996). *Razvojna analitična psihoterapija [Developmental analytic psychotherapy]*. Ljubljana: Planprint.
- Praper, P. (1999). *Razvojna analitična psihoterapija [Developmental analytic psychotherapy]* (2. izd.). Ljubljana: Planprint.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hylar, S.E., Stein, D.J. in Hollander, E. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of Psychiatry Research*, 29, 361-374.
- Spitzer, R., Endicott, J. in Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-24.
- Svetovna zdravstvena organizacija. (1995). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10 [International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10]* (10th ed. Vol 1). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Ziherl, S. (1999). Osebnostne motnje [Personality disorders]. V M. Tomori in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija [Psychiatry]* (str. 287-301) Ljubljana: Litterapicta.
- Židanik, M. (2000). Prvi psihiatrični pregled [The first psychiatric interview]. *Zdravstveno varstvo*, 39, 122-127.
- Židanik, M. (2001). Osebnostne motnje: implicitne predpostavke terapevtov. [Personality disorders: The implicit presumptions of the therapists]. *Psihološka obzorja*, 10 (1), 105-112.

Prispelo/Received: 22.07.2001

Sprejeto/Accepted: 30.09.2001