

## Odnos med osebnostjo in duševnimi motnjami

EMIL BENEDIK\*

*Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje na Gorenjskem*

**Povzetek:** V članku razmišljamo o odnosu med osebnostjo, motnjami osebnosti in duševnimi motnjami nasploh ter o možnostih vključevanja psiholoških metod in spoznanj psihologije osebnosti v sodobne klasifikacije mentalnih motenj. Te izvirajo iz klasičnih medicinskih modelov, pri čemer se srečujemo s številnimi omejitvami in pomanjkljivostmi, kar se še posebej odraža na področju klasificiranja motenj osebnosti, ki v pretežni meri predstavljajo psihološki fenomen. Zanimajo nas alternativni načini in modeli opisovanja teh motenj, predvsem učinkovitost dimenzionalnega pristopa ter možnost uporabe Kernbergovih kriterijev za določevanje osebnostnih organizacij.

**Ključne besede:** motnje osebnosti, osebnostne lastnosti, psihiatrični pacienti, osebnostne dimenzije, Kernbergovi psihostrukturalni kriteriji, DSM-IV, ICD-10

## Relationship between personality and mental disorders

EMIL BENEDIK

*Psychiatric Clinic Begunje, Begunje, Slovenia*

**Abstract:** This article describes a relationship between personality, personality disorders and other mental disorders. We are also interested in possibility to include psychological methods and theory of personality in modern classifications of mental disorders, which represents classical medical model. This categorical model has lots of limitations, especially in field of personality disorders, which are psychological phenomenon in the first place. We are interested in alternative ways and model of describing this disorders, effectiveness of dimensional model and Kernberg criteria for determination of personality organisations.

**Key words:** personality disorders, personality traits, personality dimensions, psychiatric patients, Kernberg psychostructural criteria, DSM-IV, ICD-10

CC=3210 3120

---

\*Naslov / address: mag. Emil Benedik, dipl. psih., spec. klin. psih., Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje 55, 4275 Begunje na Gorenjskem, Slovenija, e-mail: emil.benedik@g-kabel.si

Osebnost, ki predstavlja enega temeljnih pojmov in predmetov preučevanja v psihologiji, se v psihiatriji pojavlja predvsem v zvezi s t. i. motnjami osebnosti, ki jih opredeljujejo sodobne klasifikacije mentalnih motenj oz. bolezni ICD-10 ter DSM-IV.

Motnje osebnosti po definiciji predstavljajo trajen vzorec notranjega izkustva in vedenja, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja, in se manifestirajo na naslednjih (vsaj dveh) področjih: kogniciji, čustvovanju, medosebnih odnosih ali kontroli impulzov. Niso rezultat psihofizioloških efektov ali substanc oz. splošnega somatskega stanja ali drugih mentalnih motenj. Ti vzorci so prodorni, nefleksibilni in stabilni, pojavljajo se že v otroštvu ali adolescenci in se nadaljujejo v odrasli dobi. Vodijo h klinično pomembnim subjektivnim težavam ali oškodovanostim (na socialnem, zaposlitvenem in drugih področjih posameznikovega delovanja; DSM-IV, 1994). V klasifikaciji ICD-10 (1992) pa so motnje osebnosti opredeljene kot resne motnje karakterne konstitucije in vedenja posameznika. Te klasifikacije naj bi bile ateoretske, operacionalizirane, motnje so razvrščene glede na klinične specifičnosti po klasičnem dihotomnem oz. kategorialnem medicinskem modelu.

Glede na številne kritike takšnega sistema klasificiranja (glej npr. Costa in Widiger, 1994; Benedik, 1997; Westen in Shelder, 1999) se pojavlja potreba po preučitvi odnosa med osebnostnimi lastnostmi in psihičnimi motnjami, odnosa, ki v temelju zadeva tudi problem razumevanja duševne bolezni. V novejšem času se v zvezi s tem uveljavlja biopsihosocialna teorija mentalnih motenj, ki jo dopolnjuje diatetično stresni model. Nas pa še posebej zanima, kaj lahko k razjasnjevanju teh odnosov prispevajo sodobne psihoanalitične teorije, v okviru katerih smo posebno pozornost posvetili Kernbergovemu modelu osebnostnih organizacij.

## **Odnos med osebnostnimi značilnostmi in duševnimi motnjami**

Po statističnih podatkih se pri diagnosticiranju mentalnih motenj pojavlja izrazita komorbidnost med motnjami na prvi osi in drugi osi, ki meri osebnostno patologijo (DSM-IV). Tako Koenigsberg (po Paris, 1996) navaja, da ima približno 50% pacientov diagnozo motnje osebnosti v dodatku simptomatskih motenj. Pri nekaterih kliničnih kategorijah, kot je npr. odvisnost od opiatov, avtorji omenjajo tudi do 90% prisotnost osebnostnih motenj (Brooner in dr., 1994). Do 60% mejno osebnostno motenih pacientov je dobilo tudi diagnozo afektivne motnje (Docherty in dr., po Trull in McCrae, 1994), nekateri (Zanarini in dr., 1998) omenjajo tudi preko 90% komorbidnost. V isti študiji je preko 90% pacientov z mejno osebnostno motnjo dobilo tudi diagnozo anksiozne motnje (na podlagi neodvisnega, slepega ocenjevanja), od teh je skoraj polovica izpolnjevala kriterije za panične motnje, socialno fobijo ali postravmatski stresni sindrom. Ob tem se je pokazala zanimiva razlika med moškimi in ženskimi mejno motenimi pacienti. Pri moških so statistično pomembneje prisotne motnje uživanja psihotropnih substanc, pri ženskah pa so bolj pogoste motnje hranjenja. Po drugi študiji je celo 98% pacientov z mejnimi osebnostnimi motnjami

v preteklem letu dobilo vsaj eno dodatno psihiatrično diagnozo (Trull in McCrae, 1994).

Takšna komorbidnost je seveda umetno povzročena s sistemom uvrščanja motenj v ozke kategorije. V praksi je težko ločiti med dolgotrajno prisotnostjo simptoma in osebnostnim vzorcem. Po drugi strani disfunkcionalno vedenje, ki je rezultat osebnostnih značilnosti posameznika, tega lahko privede v medosebne konflikte, kar sproža nove simptome. Ob tem se pojavlja vprašanje, v kakšnem razmerju so normalne osebnostne lastnosti, motnje osebnosti in duševne motnje. T. Millon (1996) ponuja tri različne možnosti, ki opisujejo ta odnos:

- po modelu občutljivosti, naj bi psihosocialni stresorji načeli osebnostne obrambe na različnih nivojih. Ko ni več možnosti za njihovo obvladovanje, se pojavi duševna motnja. Klinični sindromi tako predstavljajo neke vrste prilagoditvene reakcije, ki jih sprožajo zunanji dogodki in so v neposredni zvezi z osebnostjo posameznika;
- po modelu "zapleta" prolongirana mentalna motnja prve osi producira osebnostne spremembe;
- tretji je model bolezenske dovzetnosti. Po tej teoriji naj osebnost ne bi bila neposredno vpletena v nastanek duševne motnje, vendar vpliva na njen potek.

Seveda je možno, da so prisotne vse tri kombinacije: specifična osebnostna struktura lahko pod vplivom psihosocialnih stresorjev pogojuje ali pospešuje pojavljanje duševne motnje in vpliva na njen potek, obenem pa lahko dolgotrajna ali akutna psihična motnja (diagnosticirana na prvi osi) učinkuje na spremembo osebnosti. Trull in drugi (Costa in Widiger, 1994) dodajajo še četrto možnost: osebnost in duševna motnja sta lahko manifestacija skupnega etiološkega (neznane) faktorja.

To je biopsihosocialni model razlage nastanka duševnih motenj, pri katerem noben etiološki faktor (torej ne psihološki, ne biološki, niti socialni) nima prevlade nad drugim (Engel, po Paris, 1996). Tako razlike v biološki občutljivosti pojasnjujejo, zakaj pri posamezniku ne nastane nujno mentalna motnja pod vplivom stresa, prav tako, zakaj v istih stresnih okoliščinah nekdo razvije en tip bolezni, druga oseba pa drugačnega. Določen sklop osebnostnih lastnosti povečuje možnost razvoja osebnostnih in drugih duševnih motenj ter določa vrsto motnje. Genetski faktorji sami po sebi ne povzročajo motenj, če posamezniki niso izpostavljeni neugodnim razvojnim pogojem ali stresnim situacijam.

Naslednje vprašanje je, ali gre pri motnjah osebnosti za določene osebnostne značilnosti, ki pomenijo nek kvalitativen razkorak s t.i. normalnimi lastnostmi, ali gre za kontinuum. Siever in Davis (Widiger in Frances, 1994) izhajata iz Cloningerjevega biogenetskega oz. biosocialnega modela, po katerem so temeljne (dedne) osebnostne dimenzije izogibanje bolečin, iskanje novosti in odvisnost od nagrad in ojačitve. Te dimenzije so neposredno povezane z možganskimi sistemi za aktivacijo, vzdrževanje in inhibicijo vedenja; nevromodulatorji teh sistemov so dopamin,

noradrenalin in serotonin (po Švrakiću, 1989). Različne izraženosti teh lastnosti in kombinacije med njimi naj bi bile značilne za posamezne osebnostne motnje, pomembne povezave pa so tudi z duševnimi motnjami (prve osi DSM). Tako naj bi osebnostne motnje ne bile rezultat ekstremnih izraženosti normalnih osebnostnih potez, ampak so karakterne variante duševnih motenj. Po tej teoriji so npr. shizotipske in shizoidne osebnostne motnje povezane s shizofrenijo, mejne z razpoloženskimi oz. emocionalnimi motnjami, kompulzivne z anksioznimi motnjami itd. Podobnega mnenja so tudi nekateri psihoanalitiki; Federn npr. meni, da shizoidna osebnost pomeni obrambo pred shizofrenijo, prav tako naj bi bile perverzije pri mejnih osebnostih v funkciji obrambe pred psihozo (po Modell, 1986). Toda ali ni možno oboje - da obstaja povezanost na podlagi določenih osebnostnih dimenzij med t.i. normalno in patološko osebnostjo, obenem pa tudi s psihiatričnimi simptomi? To hipotezo podpirajo npr. raziskave Clarkove in drugih (1994) z Inventarjem za neprilagojeno in prilagojeno osebnost (SNAP) ter Petfaktorskim vprašalnikom (NEO - PI). Pri tem avtorji predvidevajo, da ekstremna izraženost določene dimenzije označuje neko motnjo, vendar pa to ne velja vedno ali za vse dimenzije. Tu se velja spomniti Schneiderjevega razlikovanja med abnormalno osebnostjo, ki je statistični koncept ekstremno izraženih osebnostnih potez, ter moteno osebnostjo, ki označuje klinični koncept ekstremnih potez in so nujno povezane z neko motnjo (Livesley in dr., 1994).

Glede na probleme tipološkega pristopa k merjenju osebnostnih motenj in možnosti, ki jih ponuja dimenzionalni, so v zadnjem času pojavljajo številne raziskave s pomočjo osebnostnih vprašalnikov in multivariantnih statističnih metod, ki skušajo odgovoriti na vprašanje o temeljnih osebnostnih potezah, ki so povezane z različnimi psihopatološkimi motnjami. Tako Eysenck (1987) povezuje tri osebnostne dimenzije s tremi skupinami motenj osebnosti DSM klasifikacije. Pacienti skupine A (čudaki) naj bi imeli visoko izraženo introvertiranost, skupino B (dramatike) naj bi bi združeval visoko izražen psihotocizem, značilnost skupine C (bojazljivci) pa so visoki rezultati na lestvici nevroticizma.

P. Costa in T. Widiger dokazujeta učinkovitost Petfaktorskega modela osebnosti (Five Factor Model of Personality) in vprašalnika, ki meri "velikih pet" dimenzij, poimenovane nevroticizem, ekstravertnost, odprtost, sprejemljivost in vestnost (Digman in McCrae, po Costa in Widiger, 1994). Z uporabo DSM kriterijev ugotavljata povezanost različnih motenj osebnosti z nevroticizmom in v manjši meri še z dimenzijami ekstraverzije, vestnosti in sprejemljivosti. Za različne osebnostne motnje so značilne različne kombinacije teh dimenzij. Tako so npr. mejne osebnostne motnje povezane z visoko izraženim nevroticizmom in ekstraverzijo, shizoidne pa z nizko izraženim nevroticizmom in introverzijo. Najbolj pa izstopa kombinacija visoko izraženega nevroticizma, nizke ekstraverzije ter nizke vestnosti, osebnostne kombinacije, ki je zelo pogosta med motnjami osebnosti in opisuje pasivno, anksiozno, nesamozavestno osebo, z difuznim konceptom sebe.

Nevroticizem (oz. negativno čustvovanje) je nasploh osebnostna dimenzija,

ki se povezuje s številnimi motnjami osebnosti (druge DSM osi), pa tudi z drugimi mentalnimi motnjami, kot so npr. depresivne, anksiozne (Clark in dr., 1994), psihosomatske motnje (Kirmayer in dr., 1994), motnje odvisnosti, shizofrenija (H. Berenbaum in F. Fujita, 1994) itd. Ali je to tista dimenzija, ki združuje normalno in patološko osebnost? Vprašanje pa je, kaj nam ta robustni, sestavljeni faktor lahko pove v klinični praksi. Poddimensije tega faktorja so anksioznost, sovražnost, depresivnost, samozavedanje, impulzivnost in občutljivost (Costa in Widiger, 1994). Posamezne motnje osebnosti se razlikujejo v izraženosti teh podfaktorjev, tako je npr. antisocialna motnja osebnosti povezana z nizko izraženim samozavedanjem (malo sramu in socialne anksioznosti), mejna osebnostna motnja pa z visokim samozavedanjem, čeprav sta si v drugih aspektih nevroticizma podobni.

Druga dimenzija, po kateri se psihiatrični pacienti pogosto razlikujejo od normalnih oseb, je ekstraverzija ali pozitivno čustvovanje. Tudi ta lastnost se povezuje s številnimi motnjami osebnosti, tako glede na DSM-III-R kot ICD-10 klasifikacijo (Duijsens in Diekstra, 1996), npr. shizoidne in izogibajoče motnje osebnosti negativno korelirajo z ekstraverzijo. Clark in dr. (1994) poročajo o pomembni povezavi med to dimenzijo ter depresijo in manijo. Shizofrenija je ob visoko izraženem psihoticizmu (čudaštvu) in nevroticizmu povezana z nizko izraženo ekstraverzijo (Berenbaum in F. Fujita, 1994). Tudi z dimenzijama sprejemljivosti in vestnosti različni avtorji navajajo pomembne povezave z mentalnimi motnjami, ne pa tudi z odprtostjo, ki ostaja edina med petimi faktorji, ki je relativno nepomembna v tej zvezi (Costa in Widiger, 1994).

Avtorji tako za vsako posamezno motnjo osebnosti (in tudi za druge motnje) predvidevajo poseben 5- faktorski profil osebnosti, ki ne vključuje le opisov neprilagojenih funkcij, ampak tudi tista področja osebnostnega delovanja, kjer ni opaziti motenj (Costa in Widiger in dr., 1994). Tako petfaktorski dimenzionalni model predstavlja alternativo tipološki DSM klasifikaciji osebnostnih motenj.

Prvi dve dimenziji, nevroticizem in ekstraverzija, se pokrivata z istoimenskima Eysenckovima glavnima faktorjema, toda prav tretji faktor - psihoticizem naj bi obljubljal največ pri diferenciaciji psihotičnih od nepsihotičnih osebnosti. Vendar pa desetletna longitudinalna študija ne potrjuje možnosti napovedovanja psihoze na podlagi visokih rezultatov pri faktorju psihoticizma, ampak le bodočega antisocialnega oz. psihozi "podobnega" vedenja, kot so shizotipske in paranoidne tendence (Chapman in dr., 1994).

Po drugi strani pa faktorjske analize kliničnih kriterijev za motnje osebnosti odkrivajo izrazito heterogenost simptomatike in vprašanje je, ali jo lahko zajamemo s petimi osebnostnimi dimenzijami in njihovimi podfaktorji? Trull in McCrae (1994) navajata tri podskupine simptomov za mejno osebnostno motnjo na podlagi clusterske analize:

1. Identiteta (kronična občutja praznine, dolgočasje, motnje identitete, nezmožnost

- biti sam);
- 2. Čustvovanje (intenzivna jeza, nestabilnost čustvovanja, nestabilni medosebni odnosi);
- 3. Impulzivnost (samopoškodbe, impulzivno vedenje).

Faktor nevroticizma naj bi pokrival številne vidike teh motenj, vprašanje pa je, ali lahko na podlagi te dimenzije diferenciramo med t. i. normalno in mejno osebnostjo. Tudi raziskave z Minnesotskim multifazičnim osebnostnim vprašalnikom (MMPI-2) ne odkrivajo specifične mejne osebnostne strukture (Morey in Smith, po Widiger 1994). Obenem pa raziskave strukture motenj osebnosti le delno podpirajo DSM - III (IV) klasifikacijo (Wiggins in Pincus, 1994). Z dimenzijo nevroticizma se po Scroederju in sodelavcih (1994) ujemajo osebnostne poteze, kot so anksioznost, čustvena labilnost, plašnost, nezaupanje, socialno izogibanje, identitetni problemi in narcisizem. Te poteze, ki predstavljajo prvi in najpomembnejši faktor osebnostne patologije, so rezultat preučevanja motenj osebnosti s pomočjo Bazičnega vprašalnika za dimenzionalno ocenjevanje osebnostne patologije (DAPP-BQ).

Westen (Westen in Shelder, 1999), ki zavrača obstoječi klasifikacijski sistem DSM - IV za opisovanje motenj osebnosti kot preozkega, meni, da bi se moral model opisovanja različnih osebnosti nanašati na tri široka vprašanja:

1. Kaj konkretna oseba želi, česa se boji in v kolikšni meri so te želje in strahovi konfliktni ali nezavedni?
2. Katera psihična področja (kognitivna, emocionalna ali vedenjska) so v zvezi z internalnimi ali eksternalnimi zahtevami?
3. Kako oseba zaznava in doživlja sebe in druge ter kako uspešna je pri ustvarjanju pomembnih in zadovoljujočih medosebnih odnosov?

Avtorja predlagata alternativni instrument za opisovanje osebnostnih motenj (ki sta ga empirično preizkusila, a na žalost samo pri pacientih z diagnosticiranimi motnjami osebnosti - po obstoječi klasifikaciji), in sicer Shedlerjev in Westenov ocenjevalni postopek (SWAP - 200), instrument, ki po avtorjevih besedah omogoča natančen, sistematičen, kvantificiran in klinično bogat psihološki opis pacientov. Na podlagi "Q" faktorске analize, statističnega postopka, ki minimalizira komorbidnost ter maksimizira razlike, sta identificirala grupiranja osebnostno motenih pacientov. Največje število pacientov (preko 20%), ki sestavljajo prvi Q faktor, sta poimenovala disforično oz. depresivno motene osebnosti. Ta motnja ni vključena v DSM-IV. Kategorija vključuje veliko pacientov z depresivno, dependentno, izogibajočo se in mejno motnjo osebnosti. Ostalih šest faktorjev pa sta poimenovala: antisocialne - psihopatske, shizoidne, paranoidne, obsesivne, histrionične in narcisistične motnje. Slednje se bolj ujemajo z obstoječo klasifikacijo, vendar avtorja navajata številne prednosti takšnega sistema (posamezni pacient je tako opisan s sedmimi bolj ali manj izraženimi neodvisnimi dimenzijami.):

- klinična in teoretična koherentnost - kategorije predstavljajo pomembne klinične sindrome;
- majhno prekrivanje posameznih kategorij;
- ni umetne dihotomizacije (prisotno - odsotno) kontinuiranih variabel;
- izognemo se težavam kategorialnih klasifikacij;
- ne zanemarjamo "zdravih" vidikov osebnosti.

Takšne raziskave podpirajo vpeljavo dimenzionalnega modela osebnostnih motenj ker ponuja številne prednosti pred tipološkim, obenem pa sploh ni v nasprotju z medicinskim modelom, saj se številne somatske motnje oz. bolezni kontinuirano distribuirajo (npr. slabovidnost ali hipertenzija). Sicer pa je po Cattelu (Costa in Widiger, 1994) dilema izbora med tema modeloma naivna, saj gre za "dve strani istega kovanca". Osebnostni tipi predstavljajo višjo sintezo nižjega dimenzionalnega nivoja, ki je bolj splošen. Integracijo oz. sintezo obeh modelov naj bi predstavljal t. i. model prototipa, ki združuje tako kvalitativni kot kvantitativni pristop (Millon, 1996). Prototip sestavljajo najbolj običajne značilnosti pripadnika neke kategorije in opisuje nek teoretičen konstrukt ali standard, na podlagi katerega ocenjujemo konkretne posameznike. Pri tem nobena lastnost ni nujna ali zadostna za uvrstitev v neko kategorijo. Prav tako so redko prisotne vse lastnosti pri posamezniku, vendar bolj ko se približuje idealu prototipa, bolj je tipičen pripadnik. S tem prototip lahko ohranja heterogenost osebnostnih lastnosti, obenem pa tudi podpira kontinuiranost porazdelitve.

Po Millonu je človeški organizem biopsihosocialni sistem, od strukture in značilnosti osebnosti, prilagoditvenih funkcij je odvisno, ali bo na psihosocialne obremenitve reagiral na zdrav ali bolezenski način (Millon, 1996). Osebnost je na ta način enaka imunskemu sistemu. Na podlagi biosocialne teorije učenja in evolucijskega modela sta osebnost in psihopatologija rezultat odnosa med organizmom in okoljem. Po Millonu so glavne dimenzije osebnosti:

- iskanje ugodja oz. izogibanje bolečinam (problem eksistence);
- pasiven oz. aktiven odnos do okolja (problem adaptacije) ter
- usmerjenost vase oz. v druge ljudi (problem replikacije).

Na podlagi teh polaritet, ki v statističnem pomenu predstavljajo šest dimenzij, so opisane tudi vse motnje osebnosti (po DSM klasifikaciji). Millon je za ta namen sestavil osebnostni vprašalnik MCM. Tako je npr. za prototip narcisistične motnje osebnosti značilno povprečno izraženo iskanje ugodij in izogibanje bolečin, močna pasivnost in močna individualizacija (usmerjenost na self). Millon je pristaš integracijskih procesov med različnimi teorijami osebnosti in išče vzporednice s svojimi dimenzijami tudi med psihoanalitičnimi koncepti osebnosti. Tako naj bi bila polariteta ugodje - bolečina povezana s Freudovim principom ugodja, nasprotje med aktivnostjo in pasivnostjo, oz. prilagoditev je osrednji problem ego psihologije, polariteta

self - drugi pa je predmet self psihologije.

Začetek raziskovanja osebnostne patologije pripada torej dimenzionalnemu pristopu, katerega končni rezultat v klinični situaciji bo neka ocena specifičnega (proto)tipa osebnosti, ki bo dovolj individualizirana, da bo lahko predstavljala učinkovit temelj za načrtovanje terapije ter druge cilje. Glede na specifične osebnostne dimenzije oz. lastnosti, ki bi igrale najpomembnejšo vlogo pri preučevanju osebnostne patologije, ni enotnih mnenj, niti glede števila niti tega, ali gre za posamezne lastnosti ali njihov sklop. Vendar, kot smo videli, se pogosto omenja dokaj splošen, sestavljen faktor nevroticizma. Pomemben delež tega faktorja predstavljajo motnje identitete oz. samopodobe (Schroeder in dr., 1994; Pavot in dr., 1997) in samovrednotenja (npr., Francis in James, 1996). V kolikšni meri so lahko motnje osebnosti oz. mentalne motnje nasploh rezultat ali pa vsaj povezane s temi? Po Plutchiku (Livesley in dr., 1994) je identiteta ena izmed štirih temeljnih nalog, ki jih mora doseči posameznik za uspešno osebnostno prilagoditev. Motnje osebnosti naj bi bile tako rezultat pomanjkljivih in neustreznih medosebnih vezi, nesposobnosti doseganja intimnosti, pripadnosti ter motenj identitete. Tudi Millonova dimenzija self - drugi se nanaša na ta problem, v Kernbergovi teoriji strukture osebnosti pa predstavlja osrednji fenomen.

### **Kernbergova teorija osebnostnih organizacij**

Po Kernbergu (1984) struktura karakterja (osebnosti) predstavlja avtomatizirane, predvsem vedenjske vidike ego identitete. Pri tem so odnosi med konceptom sebe in karakterno strukturo recipročni: čim bolj integriran je prvi, tem bolj čvrsta in harmonična je slednja. Tudi obratno: čim bolj je integrirana karakterna struktura, bolj usklajena so razmerja med konceptom sebe in vedenjem oz. osebnostjo, kot jo vidijo drugi. Karakterna struktura je torej pod vplivom intrapsihičnega in aktualnih (ter preteklih) relacij in interakcij z drugimi. Globlje kot je poznavanje sebe, globlje je poznavanje drugih oseb.

Kernberg (1986) definira motnje osebnosti kot sklop patoloških osebnostnih potez takšne intenzitete, ki privedejo do pomembnih motenj intrapsihičnega in/ali interpsihičnega funkcioniranja. V tej definiciji ni predpostavk o odnosu z "drugimi" psihičnimi motnjami, je bližje psihološkemu pojmovanju osebnosti ter nakazuje dimenzionalni pristop k obravnavanju motenj osebnosti.

Nadalje Kernberg predlaga klasifikacijo motenj osebnosti, ki temelji na psihoanalitičnih oz. psihostrukturnih kriterijih, ki vključujejo spoznanja ego psihologije, teorije objektnih odnosov ter sodobne razvojne psihologije. Motnje osebnosti predstavljajo specifično osebnostno organizacijo, pri čemer so "blažje" patologije oz. višji nivo organizacije v zvezi z nevrozami (pri čemer nevrotske motnje predstavljajo sestavni del osebnosti - karakterne nevroze), srednji in nižji nivo organizacije pa Kernberg imenuje mejna osebnostna organiziranost, pri čemer sta zmedenost identitete ter specifičen sklop obrambnih mehanizmov ključna kriterija,



ki jo ločujeta od prve. Najnižji nivo osebnostne organiziranosti predstavlja psihotična osebnostna organizacija, ki jo kriterij odsotnosti realitetne kontrole ločuje od mejne organiziranosti.

Navedeni kriteriji predstavljajo temelj za klasifikacijo patologije karakterja. Kernberg pri tem poudarja predvsem:

- a) nivo razvoja agresivnih in seksualnih nagonov,
- b) nivo razvoja strukture jaza in nadjaza,
- c) nivo razvoja internaliziranih objektnih odnosov

Obstoječe motnje osebnosti in tudi druge duševne motnje so tako razvrščene v tri kategorije:

- 1) Višji nivo ali nevrotski tip patologije (karakterja) vključuje histerične, obsesivno - kompulzivne in depresivne mazohistične osebnosti. Ti pacienti so relativno dobro integrirani, vendar z močnim in kaznujočim nadjazom. Koncept sebe je stabilen, jaz oz. ego identiteta integrirana, prav tako predstavní svet. Objektni odnosi so dokaj stabilni in globoki, z možnostjo doživljanja krivde, žalovanja ter široko paleto afektivnih stanj. Obrambni mehanizmi so "nevrotskega" tipa in temeljijo na potlačevanju. Libidni in agresivni nagoni so deloma inhibirani, vendar prevladuje infantilna genitalna faza razvoja ter Ojdipov konflikt.
- 2) Srednji nivo patologije (karakterja) zajema bolj delujoče narcisistične osebnosti, nekatere infantilne ter pasivno-agresivne osebnosti. Na tem nivoju je nadjaz še bolj kaznujoč, vendar tudi manj integriran. Prisotne so nasprotujoče si težnje represivnega, sadističnega nadjaza ter na drugi strani manj zrelih oblik ideala jaza. Potlačevanje še vedno predstavlja glavni obrambni mehanizem, skupaj z racionalizacijo in intelektualizacijo. Obenem so prisotni nekateri disociativni fenomeni, omejen razcep v jazu, projekcije in zanikanje. Uveljavljajo se predvsem oralni konflikti, čeprav so prisotne tudi značilnosti genitalnega nivoja. Objektni odnosi so na tem nivoju še stabilni, prisotna je stalnost, globina in sposobnost tolerance ambivalentnih in konfliktnih odnosov.
- 3) Nižji nivo ali mejna osebnostna organiziranost vključuje večino infantilnih, narcisističnih osebnosti ter praktično vse t. i. prepsihotične osebnosti: shizoidne, paranoidne in hipomanične ter tudi "kot da" in antisocialne osebnosti. V to skupino spadajo tudi osebe z multiplimi spolnimi odkloni ali pacienti s kombinacijo spolnih odklonov ter odvisnosti od alkohola in drog. Tudi osebe s psihozo so uvrščene v to skupino, s t. i. psihotičnim karakterjem, pri čemer predstavlja realitetna kontrola (oz. odsotnost te) glavni diferencialno diagnostični kriterij. Na tem nivoju je integriranost nadjaza najmanjša in projekcija sadističnega nadjaza največja. Sposobnost doživljanja krivde in žalovanja je oškodovana, prevladujejo manj zreli, predgenitalni obrambni mehanizmi, predvsem razcep (ki predstavlja osrednji mehanizem), primitivna

projekcija oz. projektivna identifikacija, primitivna idealizacija, razvrednotenje ter onnipotentnost. Razmejitev med jazom in nadjazom je zabrisana, sintetična funkcija jaza je okvarjena. Prisotna je nezmožnost integracije libidno in agresivno determiniranih reprezentacij selfa in objekta, pomanjkljiva je nevtralizacija libidnih in agresivnih nagonskih impulzov. Objektni odnosi imajo tako zastrašujočo naravo ali pa je prisotna izrazita potreba po gratifikaciji. Ti pacienti niso sposobni empatije totalnosti objekta, odnosi so parcialni, konstantnost objekta ni dosežena. Nezmožnost združevanja reprezentacij selfa se kaže v neintegriranem konceptu sebe. Njihov notranji svet predstavljajo karikature dobrih in slabih vidikov pomembnih oseb, ki so pretirane in ostro ločene med seboj. Sebe doživljajo kot kaotično zmes sramu, strahu in povečevanja. Zmedenost identitete je torej glavna značilnost tega nivoja organizacije osebnosti.

Predstavljena klasifikacija motenj vsaj deloma nakazuje dimenzionalni pristop, čeprav je ocenjevanje izraženosti motnje prepuščeno subjektivni presoji. Še vedno pa ni povsem jasen odnos med kliničnimi simptomi oz. motnjami ter osebnostno organizacijo. Ali Kernberg enači npr. psihotično motnjo in psihotično osebnostno organizacijo? Ali imajo pacienti z nevrotskimi motnjami podobno osebnostno strukturo? Prav tako se postavlja vprašanje, ali je mogoče ločevati psihotično osebnostno organizacijo od mejne, oz. psihotične paciente od mejnih (v odsotnosti produktivne psihotične simptomatike). Modell (1986) npr. meni, da na psihološkem nivoju ni mogoče pojasniti razlik.

Ključna kriterija za razlikovanje med temi osebnostnimi strukturami sta stopnja organizacije identitete, ki se, kot smo videli prej, v pretežni meri nanaša na osebnostno dimenzijo nevroticizma, in realitetna kontrola. Kernberg ju skuša operacionalizirati in v prihodnosti bi bilo zanimivo preučiti, ali je mogoče izdelati objektivne, zanesljive in veljavne diagnostične instrumente, na podlagi katerih bi bilo mogoče določevati nivo osebnostne organizacije.

Lahko zaključimo, da obstaja potreba po drugačnem pojmovanju in ocenjevanju motenj osebnosti v klinični praksi kot je bilo to v navadi doslej. Vse bolj se uveljavlja spoznanje, da osebnost igra pomembno vlogo pri nastanku, poteku in zdravljenju duševnih, pa tudi mnogih somatskih motenj in bolezni. Obstoječi psihiatrični klasifikacijski sistemi postajajo preozki za takšne poglede. Z obravnavo duševnega bolnika z vidika osebnosti bi lahko obogatili spoznanja o duševnih motnjah, obenem pa je to področje, kjer bi lahko veliko prispevala psihologija.

## Literatura

- Benedik, E. (1997). Problem pojmovanja in klasificiranja motenj osebnosti. [Personality disorders – a problem of definition and classification]. *Psihološka obzorja*, 6 (3), 77-86.

- Berenbaum, H. in Fujita, F. (1994). Schizophrenia and personality: Exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *Journal of Abnormal Psychology, 103* (1), 148-158.
- Broner, R.K., Schmidt, C.W. in Herbst, J.H. (1994). Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. V P. Costa in T.A. Widiger (ur.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (str. 131-148). Washington DC: APA.
- Chapman, J., Chapman, L. in Kwapil, T. (1994). Does the Eysenck psychoticism scale predict psychosis? A ten year longitudinal study. *Personality and Individual Differences, 17*(3), 369-375.
- Clark, L.A. Vorhies, L. in McEwen, J.L. (1994). Personality disorder symptomatology from the five-factor model perspective. V P. Costa in T.A. Widiger (ur.), *personality disorders and the five-factor model of personality* (str. 95-116). Washington DC: APA.
- Clark, L.A. in Livesley, W.J. (1994). Two approaches to identifying the dimensions of personality disorders: convergence on the five-factor model. V P. Costa in T.A. Widiger (ur.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (str. 261-277). Washington DC: APA.
- Clark, L. A., Watson, D., Mineka, S. (1994). Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103* (1), 103-116.
- Costa, P. in Widiger, T. (1994). *Personality disorders and the five - factor model of personality*. Washington DC: APA.
- DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* (1994). Washington DC: APA
- Duijsens, I.J. in Diekstra, F.W. (1996). DSM-III-R and ICD-10 personality disorders and their relationship with the big five dimensions of personality. *Personality and Individual Differences 21* (1), 119-133.
- Eysenck, H.J. (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate to their definition. *Journal of Personality Disorders, 1*, 211-219.
- Francis, L.J. in James, D.J. (1996). the relationship between rosenberg's construct of self-esteem and eysenck's two-dimensional model of personality. *Personality and Individual Differences, 21* (4), 483-488.
- ICD-10 classification of mental and behavioural disorders.* (1992). Clinical descriptions and guidelines. Geneva: World Health Organisation.
- Kernberg, O.F. (1984). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: J. Aronson.
- Kernberg, O.F. (1986). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Livesley, W.J., Schroeder, L., Jackson, D.N. in Jang, K.L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: implication for classification. *Journal of Abnormal Psychology, 103* (1), 6-17.
- Millon, T. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and Beyond*. USA: Wiley.
- Modell, A.H. (1986). Primitive object relationships and the predisposition to schizophrenia. V P. Buckley (ur.), *Essential papers on object relations*. New York: University Press.
- Paris, J. (1994). *Social factors in the personality disorders. A biopsychosocial approach to*

- etiology and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pavot, W., Fujita, F. in Diener, E. (1997). The relation between self-aspect congruence, personality and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 22 (2), 183-191.
- Shroeder, M.L., Wormworth, J.A. in Livesley W.J. (1994). Dimensions of personality disorder and the five-factor model of personality. V P. Costa in T.A. Widiger (ur.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (str. 117-127). Washington DC: APA.
- Švrakić, D. (1989). Poremećaji ličnosti. [Personality Disorders]. V D. Kecmanović (ur.), *Psihijatrija*. Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga.
- Trull, T.J. in McCrae, R.R. (1994). A five-factor perspective on personality disorder research. V P. Costa in T.A. Widiger (ur.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (str. 59-71). Washington DC: APA.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D. Sickel, A.E., Trikha, A. Levin, A. in Reynolds, V. (1998). Axis i comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Watson, D., Clark, L.A. in Harkness, R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 18-31.
- Westen, D. in Cohen, R.P. (1993). The self in borderline personality disorder: A psychodynamic perspective. V I. Segal in R. Blatt (ur.), *The self in emotional distress* (str. 334-368). New York: The Guilford Press.
- Westen, D. in Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis ii, part ii: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285.
- Widiger, T.A. in Frances, A.J. (1994). Toward a dimensional model for the personality disorders. V P. Costa in T.A. Widiger (ur.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (str. 19-39). Washington DC: APA.
- Wiggins, J.S. in Pincus, A.L. (1994). Personality structure and the structure of personality disorders. V P. Costa in T.A. Widiger (ur.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (str. 73-93). Washington DC: APA.

Prispelo: 1.2.2000

Sprejeto: 3.5.2000