

## **Osebnostne motnje: implicitne predpostavke terapevtov**

MILOŠ ŽIDANIK\*

*Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Maribor*

**Povzetek:** Ljudje z osebnostnimi motnjami predstavljajo skupino ljudi s povečanim tveganjem za razvoj raznih psihopatoloških fenomenov s prve osi diagnosticiranja v psihiatriji. Zaradi njihovih osebnostnih značilnosti so pogosti transferno-kontrtransferni zapleti v terapevtski situaciji. Na vzpostavitev odnosa močno vplivajo tudi implicitne socialne predpostavke terapevtov. V tem prispevku želim identificirati te predpostavke v dveh skupinah – v skupini terapevtov, ki se s to skupino intenzivneje ukvarjajo (psihiatri in psihologi), in v skupini zdravnikov splošne medicine, ki imajo enako velik vpliv na zdravljenje omenjenih bolnikov. Po 20 terapevtov iz obeh skupin sem prosil za asociacije na temo osebnostnih motenj in predpostavke o njihovi etiologiji. Tako dobljene pojme sem s pomočjo zdravnice splošne medicine razdelil glede na njihovo vsebino na asociacije s pozitivno, nevtralno in negativno konotacijo ter na notranje in zunanje atribucije, ki jih terapevti pripišejo osebnostnim motnjam. V obeh skupinah je bil delež asociacij z negativno konotacijo (53.6 % v prvi in 44.5 % v drugi skupini) bistveno večji kot delež asociacij s pozitivnim pomenom (22 % v prvi in 13 % v drugi skupini). Med obema skupinama ni bilo opaznih razlik med atribucijami o etiologiji osebnostne motenosti. V ospredju negativnih asociacij terapevtov, ki se z omenjeno patologijo poglobljeno ukvarjajo, so vsebine, vezane na slabo sodelovanje bolnikov v terapevtskem procesu, in vsebine, ki opozarjajo na slabo prognozo osebnostne motenosti, v ospredju negativnih asociacij zdravnikov splošne medicine pa časovna stiska, negotovost o objektivnosti številnih pritožb ter široka delovna in socialna problematika.

**Ključne besede:** psihologija, psihiatrija, terapija, mejna osebnostna struktura, odnos med bolnikom in terapevtom

## **Personality disorders: the therapist's implicit presumptions**

MILOŠ ŽIDANIK

*Dr. Adolf Drolc Health Centre, Maribor, Slovenia*

**Abstract:** Patients with personality disorder are a group of people with high risk for developing different psychopathologic phenomena from Axis I mental disorders. Therefore many transference-countertransference problems may occur. The patient-therapist relationship is also under the influence of the implicit presumptions of the therapist. The aim of this article is to identify these presumptions in two

---

\*Naslov / address: Miloš Židanik, dr. med., spec. psihiater in psihoterapevt, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Sodna ulica 13, 2000 Maribor, e-mail: milos.zidanik@guest.arnes.si

groups of therapists – in the group of psychiatrists and clinical psychologists that have more professional knowledge about personality disorders and the group of general practitioners that also have an important influence on the patients' well being. The therapists were asked for free associations to the term »personality disorders« and for presumptions about the etiology of the disorder. The associations were divided on the basis of their meaning to positive, neutral and negative. In both groups the negative associations were more frequent (53.6 % in the first and 44.5 % in the second group) than the positive associations (22 % in the first and 13 % in the second group). Between the two groups there were no significant differences between the presumptions about the etiology of personality disorders. Dominating the negative associations in the first group (psychiatrists and psychologists) were the problems with the patient's compliance, the poor prognosis, while amongst the negative associations of general practitioners the time shortage, uneasiness about the objectiveness of the patient's symptoms and wider work-related and social problems were the most pronounced.

**Key words:** psychology, psychiatry, borderline personality structure, patient-therapists relationship

CC=3430

Odnos med bolnikom in njegovim terapevtom je ključnega pomena tako za ugotavljanje psihičnih motenj, kot za potek in izid zdravljenja. Med psihičnimi motnjami imajo osebnostne motnje posebno mesto. Zdravljenje afektivnih, anksioznih, somatoformnih motenj in motenj odvisnosti od različnih substanc traja dlje, zdravljenje z zdravili je manj uspešno (Cavedini, Erzegovesi, Ronchi in Bellodi, 1997; Patience, McGuire, Scott in Freeman, 1995), simptomi kažejo nagnjenje h kroničnosti in povzročajo nižji nivo funkcioniranja kot podobne težave pri bolnikih brez osebnostne motnje (Skodol, Oldham, Hyler, Stein in Hollander, 1995). Stopnja samomorilnosti je skoraj tako visoka kot pri bolnikih z veliko depresijo (39 % proti 41 %), pri čemer je samo 3 % bolnikov z osebnostno motnjo imelo tudi dodatno afektivno motnjo (Ahrens in Haug, 1996). Retrospektivne študije ugotavljajo, da je tretjina ljudi, ki je naredila samomor, imela eno od osebnostnih motenj, posebno antisocialno, mejno, narcistično ali depresivno (Bronisch, 1996). Osebnostno moteni ljudje predstavljajo skupino s povečanim tveganjem za razvoj resnih psihopatoloških fenomenov, možne so občasne kratke psihotične epizode. To pomeni, da prihajajo v ambulate pogosteje in so tudi dlje časa vključeni v terapevtski proces kot ljudje brez osebnostnih motenj. Ob vsem tem so nekateri zaradi svojih osebnostnih značilnosti (pomanjkanja bazičnega zaupanja) nagnjeni k slabemu sodelovanju s terapevtom in slabi kritičnosti do potrebe po jemanju psihofarmakoterapije. Nekritični so tudi do lastnih osebnostnih lastnosti, ki sprožajo v njih samih ali v njihovem stiku z okolico pogoste konfliktno situacije. Pri njih lahko pride do zelo intenzivnih transfernih pojavov od sovražnosti do pretiranega navezovanja in erotičnega transferja. Na drugem polu terapevtskega odnosa pa je terapevtova osebnost kot tarča teh različnih transfernih vsebin. Iz prej naštetih razlogov se v terapevtu prebujajo številne strokovne in osebne frustracije. Poskusi s psihofarmakoterapijo ne prinesejo želenega uspeha, v sebi prepozna čustvene reakcije, ki jih mora pred bolnikom

skriti (npr. jezo, dolgčas, občutek, da bolnik z njim manipulira). Ko se skuša zaščititi pred temi čustvi, se skuša zaščititi tudi pred prepogostimi obiski bolnika, ki omenjena čustva v njem prebujajo. V sebi čuti razdvojenost. Racionalno se zaveda, da bolniku mora pomagati z empatično držo in pogostimi obiski, čustveno pa pogosto te empatične drže ne zmore in teži k podaljševanju časovne razdalje med pregledi. Terapevtova notranja dilema ne more ostati dolgo skrita pred bolnikom. Kot terapevt pri bolniku, tako tudi ta čuti napetost pri terapevtu. Ker zaradi slabih čustvenih izkušenj zavrnitev in sovražna čustva pričakuje že vnaprej, tudi takoj začuti negativne čustvene reakcije, ki jih skuša v sebi zatreti terapevt. Tako se počasi med njima razdalja večja in pogloblja. Terapevtski neuspeh, nezadovoljstvo z vodenjem terapije, nenadne prekinitve terapije in samomorilno vedenje bolnikov, pa ima za posledico počasno izgorevanje terapevta. Škotska raziskava, opravljena pri psihiatrih, je ugotavljala psihične posledice pri terapevtih po samomoru bolnika, ki je bil v njihovi obravnavi (Alexander, Klein, Thompson, Gray, Dewar in Eagles, 2000). 33 % terapevtov s to izkušnjo je pri sebi opazilo simptome kot slabo razpoloženje, nespečnost in razdražljivost. 42 % jih je potrdilo, da so pri sebi opazili spremembe pri strokovnem pristopu. Tako so postali previdnejši pri obravnavi samomorilnih vsebin pri bolnikih in so pogosteje usmerjali bolnike na hospitalizacijo. 15 % se jih je predčasno upokojilo.

Omenjena raziskava opozarja na ranljivost terapevtov, na katero še prehitro pozabljamo. Ker je problem v bolniku (!), se v strokovnih smernicah pojavlja doktrina zdravljenja osebnostnih motenj, ki govori o treningu socialnih spretnosti in asertivnosti ter psihofarmakoterapiji za prisotno simptomatiko s prve osi diagnosticiranja v psihiatriji (npr. depresija, anksioznost, fobije) (Ziherl, 1999). Takšne pokrivajoče tehnike omogočajo varnejšo razdaljo med bolnikom in njegovim terapevtom, daleč od tesnega odnosa, ki ga zahteva analitično usmerjeni proces. Raziskave pa kažejo, da npr. 50 % mejno osebnostno motenih ljudi, ki so se vključili v psihodinamsko psihoterapevtsko obravnavo, po daljši terapiji po opisu osebnostnih značilnosti ne ustreza več kriterijem za omenjeno osebnostno motnjo (Dowson, 1995). Daljša terapija v tem primeru pomeni dobo desetih let. Deset let intenzivne obravnave vsaj enkrat tedensko po 45 minut pomeni seveda toliko globlji odnos in bistveno večjo odgovornost do bolnika kot kratke pokrivajoče suportivne tehnike. Tako je zaščita terapevta postala strokovna doktrina. Seveda pa se terapevt ščiti še na druge načine – v sebi izoblikuje predpostavke, kakšen je osebnostno moteni bolnik. Če terapevt že vnaprej pričakuje konfliktno situacijo, nesodelovanje s strani bolnika in številne zaplete v procesu zdravljenja, se bo že vnaprej zavaroval pred bolnikom – ne bo mu pustil blizu, da ne bo sam ranjen. Namen tega prispevka je torej prepoznanje predpostavk terapevtov o osebnostno motenih ljudeh (oz. ugotavljanje socialnih predstav ožje poklicne skupine (Flick, 1995)) in vrste atribucij glede etiologije osebnostnih motenj (osebne, notranje atribucije pomenijo, da je bolnik moralno odgovoren za svojo osebnostno motnjo (Herzlich, 1973)) ter razmišljanje o vplivu

omenjenih predpostavk in atribucij na vzpostavljanje odnosa med bolnikom in terapevtom ter na sam terapevtski proces. Predpostavke sem ugotavljal v dveh skupinah terapevtov – v skupini psihiatrov in kliničnih psihologov, ki se ukvarjajo s terapijo osebnostnih motenj in ki med svojim profesionalnim izobraževanjem pridobijo specialna znanja s tega področja, ter zdravnikov splošne medicine, ki z istimi ljudmi prihajajo v terapevtski odnos, vendar v svojem terapevtskem delovanju niso pretežno usmerjeni v njihovo osebnost. Slednji imajo velik vpliv na pravočasno prepoznavanje in terapijo psihičnih motenj, ki osebnostne motnje pogosteje spremljajo (npr. depresija, anksioznost in somatoformne motnje (Židanik in Židanik, 2000)), vplivajo pa tudi na njihovo siceršnje počutje z urejevanjem bolniškega dopusta in predstavljanjem bolnikov invalidski komisiji. Zato je velikega pomena za bolnika tudi kvaliteta odnosa, ki ga vzpostavi s svojim osebnim zdravnikom.

Predpostavke glede osebnostnih motenj sem po vsebini primerjal med obema skupinama. Moji hipotezi sta bili, da bo pri zdravnikih splošne medicine zaradi pomanjkanja specialnih znanj prisotno več predpostavk z negativnim karakterjem in da se bo pri njih pojavilo več osebnih etioloških atribucij.

## Metoda

### Udeleženci in postopek

40 terapevtov, ki so sodelovali v raziskavi, sem razdelil na dve skupini – v prvi skupini je bilo 20 psihiatrov in kliničnih psihologov, v drugi 20 zdravnikov splošne medicine. Do asociacij sem prišel s pomočjo elektronske pošte (iz prve skupine sem dobil 4 odgovore od 24 poslanih prošelj, iz druge 10 od 28 poslanih prošelj za sodelovanje) in v osebnih stikih. Zaradi slabega odziva in pripravljenosti za sodelovanje predvsem v prvi skupini, je bilo število sodelujočih relativno majhno. Terapevte sem prosil za 7 asociacij na temo osebnostnih motenj ter v večini primerov še za predpostavke o etiologiji. Tako dobljene asociacije sem s pomočjo zdravnice splošne medicine na temelju konsenza razdelil glede na negativni in pozitivni pomen, ki so ga implicitno vsebovale. Kot negativne sva označila tudi tiste, pri katerih je bilo čutiti pomanjkanje empatije do osebnostno motenega človeka (npr. drugi, marginalni), in obratno kot pozitivne, pri katerih je bilo čutiti prisotnost empatičnega odnosa (npr. šibek, zaskrbljenost, otožnost). Asociacije, ki so bile pomensko med tema poloma, sva označila za nevtralne (npr. nejasnost, težave v družini). Zaradi majhnega števila anketirancev ter atributivnih spremenljivk s tremi vrednostmi, kar pomeni nizke pričakovane frekvence, se za kompleksnejšo statistično analizo nisem odločil. Kljub temu sem si dovolil razpravljanje tudi na podlagi dobljenih numeričnih vrednosti, ki pa imajo seveda omejeno sporočilnost.

## Rezultati

Zbral sem 140 asociacij psihiatrov in psihologov ter 137 asociacij zdravnikov splošne medicine. 10 predstavnikov prve skupine je navedlo 17 predpostavk o etiologiji, 14 zdravnikov splošne medicine pa 28 predpostavk.

### Najpogostejše predpostavke obeh skupin

Tabela 1: Najpogostejše asociacije v obeh skupinah

1. skupina	št. asociacij	2. skupina	št. asociacij
slaba prognoza	6	depresiven	8
odvisen	5	težaven	5
agresiven	4	jezen	4
psihopat	4	nespeč	3
sebičen	3	nestrpen	3
manipulativen	3	agresiven	3
težek	3	tečen	3
drugi	3	pretvarja se	3

### Vsebina asociacij

V prvi skupini je bilo 34, v drugi pa 20 asociacij, ki se nanašajo na zdravljenje. V prvi skupini so terapevti poudarjali slabo prognozo, slabo sodelovanje, probleme, odpore, težavnost, zahtevnost, nejasnost in lastno težnjo po čimprejšnjem odpustu. Med asociacijami je bila skrita misel, da od osebnostno motenih še največ odnese terapevt. Skupina splošnih zdravnikov je poudarjala, da zahtevajo veliko časa zase, pogosto iščejo pomoč in da jih težko motivirajo za delo po bolniškem dopustu. Ob tem so se spraševali, ali sploh pridejo v fazo remisije in ali so njihove težave res take, kot jih opisujejo. Omenjali so, da jim ti ljudje jemljejo energijo in povzročajo glavobole. Negativni kontratransfer kot pojem je bil v prvi skupini omenjen dvakrat, vendar je bilo slutiti negativne kontratransferne pojave pri skupaj 10 asociacijah, kot npr. nor, averzija, podpovprečen in sovražen. V skupini splošnih zdravnikov je bilo čutiti negativni kontratransfer v 12 primerih – dvakrat je nastopila asociacija hudoben, v petih primerih je bilo čutiti odpor do obravnave osebnostno motenih ljudi.

Tabela 2: Negativna, nevtralna in pozitivna konotacija asociacij v obeh skupinah

Implicitni pomen	1. skupina	2. skupina
negativni	75	61
nevtralni	34	58
pozitivni	31	18

### Negativen, nevtralen in pozitiven pomen asociacij

V obeh skupinah prevladujejo asociacije z negativnim pomenom (Tabela 2). V prvi skupini je njihov delež 53.6 % in v drugi 44.5 %. V drugi skupini se negativnim po številu močno približajo nevtralne asociacije (42 %), pozitivnih pa je izjemno malo (13 %). V prvi skupini so asociacije s pozitivno konotacijo številčneje, njihov delež je 22 %, tako da jih nevtralne le blago prekašajo (24 %).

### Implicitne predpostavke o etiologiji

V prvi skupini kaže med 17 predpostavkami glede etiologije samo ena na notranje vzroke (velika razvajenost), med 28 predpostavkami skupine splošnih zdravnikov pa dve. Vse ostale predpostavke so kazale na zunanje vzroke – genetske značilnosti, faktorje okolja, razvojne dejavnike v otroštvu, napačno vzgojo v družini in širšem družbenem okolju. Med obema skupinama torej ni pomembnih razlik.

### Razprava

Obe hipotezi (da bo pri zdravnikih splošne medicine zaradi pomanjkanja specialnih znanj prisotno več predpostavk z negativnim karakterjem in da se bo pri njih pojavilo več osebnih etioloških atribucij.) sta se izkazali za napačni. Primerjava numeričnih vrednosti kaže, da je prva skupina (20 psihiatrov in kliničnih psihologov) navedla več negativnih in pozitivnih asociacij, druga (20 zdravnikov splošne medicine) pa več nevtralnih asociacij. Tak rezultat lahko verjetno pripišem manjši kontratransferni vpletenosti zdravnikov splošne medicine v terapevtskem procesu. Ne ena ne druga skupina terapevtov ne pripisuje odgovornosti za osebnostno motenost bolniku in ga s tem moralno ne obremenjuje. Vendar ri terapevtih nisem opravil poglobljene analize, ki bi morda dala drugačne rezultate.

Vsebinska analiza asociacij je opozorila na relativno veliko kontratransferno problematiko v obeh skupinah. V prvi skupini je bila v ospredju slaba terapevtska dostopnost te patologije, ki jo vidim v ozadju kontratransfernih vsebin, v drugi časovna stiska splošnih zdravnikov, ki imajo za posameznega bolnika na voljo v povprečju le 10 minut, ti bolniki pa prihajajo v ambulate pogosto in zahtevajo veliko pozornosti

in časovne investicije, ki znatno presega odmerjeni čas.

Ob pripravi tega prispevka sem ves čas razmišljal o dobrih in slabih straneh formalnega diagnosticiranja osebnostnih motenj. Z drugimi besedami, kaj naj naredi terapevt, ko ugotovi, da je nek bolnik osebnostno moten. Ali naj diagnozo osebnostne motnje zapiše na ambulantni karton oz. psihološki izvid ali ne. Seveda je smiselno in priporočljivo, da preko omenjenih dokumentov sporoči kolegu, naj bo pri obravnavi previden, morda bolj pozoren na bolezenske znake in da naj bolnikovega težavnega vedenja v ambulanti ne jemlje osebno. Po drugi strani pa to vendarle predstavlja neko označitev, ki za sabo potegne kar precej negativnih pričakovanj drugih terapevtov. Ali to pomeni, da si bodo naslednjič za tega bolnika vzeli manj časa, kot bi si ga sicer? Ne vem. Vsekakor pa ta diagnostična opredelitev verjetno poceni zdravstveno oskrbo. Številna telesna simptomatika naenkrat dobi svoje psihologično ozadje in ne potrebuje toliko somatskih preiskav. Kaj pa to pomeni za samega bolnika, ki se pogosto oklepa telesnih vzrokov za svoje težave, je pa spet druga zgodba.

## **Zaključek**

V tem prispevku sem predstavil, na kaj pomislimo, ko se srečamo z ljudmi z osebnostno motnjo, z ljudmi, ki so bolj kot drugi nagnjeni k impulzivnemu in samomorilnemu vedenju. Da bomo nevarnosti prepoznali, si bomo morali zanje vzeti čas in jih pustiti v svojo terapevtsko bližino.

Sam poznam kar nekaj kolegov, ki v časopisu z nelagodjem in bojaznijo najprej preberejo osmrtnice. Tako je zelo težko opravljati svoje delo. Vsekakor pa mislim, da se o svojih reakcijah na bolnike moramo pogovarjati in če imamo težave, poiskati ustrezno supervizijo ali mesto v Balintovi skupini. Tako bomo tudi lažje pomagali bolnikom, ki stopijo v našo ambulanto. Druga tema pa so pogajanja z zavarovalnico za ustrežnejše normiranje našega dela.

Ljudje z osebnostno motnjo so pogosti obiskovalci naših ambulant, ker so težko kos svojemu življenju. Njihovih pretiranih pričakovanj in zahtev ne smemo jemati osebno, v ozadju vsakega težavnega in čudaškega človeka se namreč skriva resnični bolnik, ki potrebuje našo pomoč. Mislim, da moramo tega bolnika v njem prepoznati in ga nagovoriti. Seveda se bo vsak terapevt po svoje odločil, ali naj svojo diagnozo tudi formalno zabeleži ali ne. Verjetno je v psihiatriji in klinični psihologiji znotraj medicine še največ različnih diagnostičnih opredelitev za posameznega bolnika, ker je prav terapevtova osebnost tisti ključni diagnostični pripomoček, ki ga je v ostali medicini že pred mnogimi leti nadomestila objektivna in merljiva znanost. Seveda pa se moramo vprašati tudi to, kaj posamezna diagnostična opredelitev pomeni za določenega bolnika in ga pripraviti na to, kaj bomo v izvidu zapisali.

## Literatura

- Ahrens, B. in Haug, H.J. (1996). Suicidality in hospitalized patients with a primary diagnosis of personality disorder. *Crisis*, 17 (2), 59-63.
- Alexander, D.A., Klein, S., Thompson Gray, N.M., Dewar, I.G. in Eagles, J.M. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, 1571-1574.
- Bronisch, T. (1996). The typology of personality disorders - diagnostic problems and their relevance for suicidal behavior. *Crisis*, 17 (2), 55-58.
- Cavedini, P., Erzegovesi, S., Ronchi, P. in Bellodi, L. (1997). Predictive value of obsessive-compulsive personality disorder in antiobsessional pharmacological treatment. *European Neuropsychopharmacology*, 7 (1), 45-49.
- Dowson, J.H. (1995). Psychological management. V J.H. Dowson in A. Grounds (ur.). *Personality disorders: Recognition and Clinical management* (str. 249-293). New York: Cambridge University Press.
- Flick, U. (1995). Alltagswissen in der Sozialpsychologie. V U. Flick (ur.). *Psychologie des Sozialen* (str. 54-77). Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag.
- Herzlich, E. (1973). *Health and illness: A social Psychological Analysis*. London: Academic Press.
- 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 (3), 324-30.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Stein, D.J. in Hollander, E. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal Psychiatry Research*, 29 (5), 361-374.
- Ziherl, S. (1999). Osebnostne motnje [Personality disturbances]. V M. Tomori in S. Ziherl (ur.). *Psihiatrija [Psychiatry]* (str. 287-301). Ljubljana: Littera picta.
- Židanik, M. in Židanik, S. (2000). Pogostnost osebnostnih motenj v psihiatrični ambulanti [Personality disorders diagnosed in psychiatric ambulatory care]. *Zdravstveni vestnik*, 69, 75-79.

Prispelo/Received: 29.08.2000  
Sprejeto/Accepted: 12.12.2000