

Strokovni prispevek/Professional article

MULTIPLA OSEBNOST: PRIKAZ PRIMERA

MULTIPLE PERSONALITY: CASE REPORT STUDY

Miloš Židanik

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Sodna ulica 9, 2000 Maribor

Prispelo 2004-03-02, sprejeto 2004-06-21; ZDRAV VESTN 2004; 73: 593-7

Ključne besede: *psihoterapija; osebnostne motnje; agresija; suicidalnost; disociativna motnja identitete***Key words:** *psychotherapy; personality disorders; aggression; suicidality; dissociative identity disorder***Izvleček** – Izhodišča. Za multiplo osebnost je značilen tako razcep znotraj bolnikove osebnosti, ki vodi v različne identitete, kot razcep znotraj skupnosti strokovnjakov, kjer poteka diskurz, ali ta motnja sploh obstaja.**Abstract** – Background. Multiple personality disorder is characterised by splited individual ego-states and splited professional community arguing whether this disorder actually exists or not.

Metode. V prispevku predstavljam primer suportivne psihodinamske obravnave bolnice z multiplo osebnostjo, ki je po štirih letih in pol privedla do reintegracije ega.

Methods. In this case report study a supportive psychodynamic psychotherapy of a patient with multiple personality disorder is presented, that lasted for 4.5 years and resulted in ego-reintegration.

Zaključki. Razcep med posameznimi osebnostmi vzdržuje nepredelana agresija z možnostjo hetero- in avtoagresivnih dejanj. Psihoterapevtski proces je zato tvegan, zato je priporočljivo, da poteka v varnem (npr. bolnišničnem) okolju s čim manj zunanjih stresorjev.

Conclusions. The splitting between different ego-states is powered by unneutralised aggression with the possibility of hetero- and autoaggressive behaviour. Therefore the patient in the analytically oriented psychotherapeutic process is at high risk and a safe therapeutic (e. g. in-patient) setting has to be provided.

Uvod

Za multiplo osebnost je značilna prisotnost dveh ali več različnih identitet ali osebnostnih stanj, vsaka z lastnim vzorcem zaznavanja, odnosa in razmišljanja o okolju in sebi. Vsaj dvoje od teh identitet ali osebnostnih stanj občasno prevzame kontrolo nad posameznikovim vedenjem. Značilna je nezmožnost spominjanja določenih dogodkov iz preteklosti, kar ni mogoče razložiti z običajno pozabljivostjo. To stanje ne sme biti posledica uživanja psihoaktivnih substanc (npr. alkohola) ali splošnih zdravstvenih stanj (npr. delnih epileptičnih napadov) (1). Prevalenca te motnje ni znana (2), po nekaterih podatkih se v psihiatričnih ustanovah pojavlja med 2,4 in 35% (3). Konec prejšnjega stoletja je bil opazen porast te motnje (2), kar je odprlo vprašanja, ali nekateri terapevti morda sami v bolnikih nezavedno ne inducirajo tega pojava. Kritiki so opozorili, da se lahko z usmerjanjem pozornosti, sugestijo in hipnozo pri sugestibilnih bolnikih ustvarijo dodatne osebnosti. V tem primeru dodatne osebnosti izzvenijo, ko ne dobijo več terapevtove pozornosti (2, 4).

75-90% oseb s to motnjo je ženskega spola. Motnja ima zgodnji začetek, praviloma pred devetimi letom starosti, in kroničen potek. Srednje število posameznih osebnosti je sedem. Prehod med posameznimi osebnostmi je lahko hipen ali postopen, izzove ga stresna situacija, konflikt med posameznimi osebnostmi ali pa odkrivanje psihičnih konfliktnih vsebin (2). Simptomi so različni. V vseh primerih je prisotna amnezija za določene dogodke, v 98% so prisotne osebnosti z različ-

nimi imeni, v 80% osebnosti z nekontroliranimi izbruhi jeze, v 74% depresivne osebnosti, v 66% osebnosti različnih starosti, v 62% osebnosti, nagnjene k avtoagresivnem vedenju, v 30% osebnosti, ki igrajo vlogo zaščitnika drugih delov osebnosti, in v 26% osebnosti drugega spola. V 94% so osebnosti značilno različnega razpoloženja, v 84% govorijo o drugi osebnosti v sebi, v 58% se pogovarjajo med sabo (6). Posamezne osebnosti so lahko amnestične za dogajanje, ko niso dominantne, včasih pa posamezna osebnost ni omejena z amnezijo in ohrani zavedanje tudi v času, ko so v ospredju druge osebnosti. Pogosta je soobolevnost. Različne psihične motnje (npr. depresija, osebnostne motnje) so lahko omejene na samo določene osebnosti. Nekatero osebnosti so lahko ekstrovertirane, seksualno promiskuitetne, druge spet povsem introvertirane (5). Pogosto se znaki multiple osebnosti zamenjajo z znaki mejne osebnostne motnje (zaradi nestabilnosti razpoloženja, identitetnih motenj in avtoagresivnosti), shizofrenije, shizoafektivne motnje ali psihotične motnje razpoloženja (zaradi zaznavnih motenj, prisluhov, v pritožbi) ali pa za bipolarno motnjo s hitrimi prehodi med epizodami (2, 5). Razlog za nastop te motnje ni znan. Nekateri raziskovalci verjamejo, da je posledica izrazite telesne in spolne zlorabe v zgodnjem otroštvu (7, 8), še posebej incestnega razmerja (5). Mnenja so, da je motnja posledica samoinducirane hipnoze, ki jo posameznik uporabi, da lahko opravi s psihološkimi posledicami zlorabe ali zanemarjanja (2). Pomembna dejavnika za nastop te motnje sta notranja nagnjenost za razvoj te motnje in pomanjkanje socialnega podpornega sistema (starši,

sorojenci, učitelji) (5). Nekateri avtorji opozarjajo na vpliv socialnega okolja pri nastanku te motnje v smislu usmerjanja socialno zaželenega vedenja glede na pričakovanja pomembnih drugih, vendar vidijo drugi prav v tem dokaz, da ta motnja sploh ne obstaja (4). Kritiki pravijo, da so trenutna diagnostična merila preohlapna, da obstaja le malo dokazov, da je v ozadju multiple osebnosti dejansko travma v otroštvu in da so številne tehnike, ki so bile uporabljene za diagnostiko in zdravljenje, simptome samo okrepile (9). Poseben problem je zloraba diagnoze v forenzični medicini, kar je morda v ozadju pojava, da to motnjo najpogosteje prepoznava v ZDA in Kanadi. Zagovorniki so branili obtožence, češ da niso imeli kontrole nad drugimi osebnostmi, zato za kazniva dejanja niso odgovorni, da se ne spomnijo storjenih dejanj, zato na obtožbe ne morejo odgovarjati. V splošnem sodišča niso upoštevala teh zagovorov, češ da je celotno bitje odgovorno za vedenje katerega koli svojega dela (5) in so morda ravno s tem omejila začetno epidemijo teh diagnostičnih opredelitev. Multipla osebnost predstavlja skrajno disociativno motnjo identitete, vendar so disociacije in fragmentacije osebnosti prisotne tudi pri shizofreniji (10) in osebnostnih motnjah, še posebej pri mejni (11) in narcistični. Raziskovalci so te fenomene pri mejni osebnostni motnji povezali s travmo v otroštvu (12). Elementi obsežne in celostne disociacije pri multipli osebnosti so tako vmesni člen v kontinuumu do dobro integrirane identitete normalne osebnosti, kar daje dodatno teoretično oporo obstoju te motnje. Kljub razcepu znotraj strokovne javnosti ob diskusiji o obstoju te motnje ostaja veljavna diagnostična kategorija in je tudi prisotna v vseh veljavnih klasifikacijskih sistemih, tako DSM-IV TR (1), kot MKB-10 s šifro F44.8 (13).

Številni kliniki menijo, da lahko dolgoročna odkrivajoča psihoterapija pomaga pri reintegraciji ali razpustitvi posameznih osebnosti. Spodbujanje komunikacije med posameznimi osebnostmi pomaga bolnikom kontrolirati splošno vedenje. Nekateri uporabljajo hipnozo ali intravenske barbiturate, da bi lahko dosegli različne osebnosti, drugi uporabljajo vedenjsko-kognitivno terapijo, vsi pa se strinjajo, da je zdravljenje dolgotrajno in težko (2, 5). Kljub temu da so osnovni znaki motnje refraktarni na psihofarmakoterapijo, se uporabljajo antidepresivi pri pridruženih depresiji in anksioznih stanjih (2). V primerih avtoagresivnega vedenja ob depresiji so nekateri kliniki uporabljali elektrokonvulzivno zdravljenje, ki je večinoma pomagalo izboljšati depresivno stanje, na pojav multiple osebnosti pa ni imelo vpliva (14). Antipsihotiki niso skoraj nikoli indicirani (5).

Prikaz primera

33-letna bolnica, mati treh otrok, je bila pregledana zaradi izrazite depresivno-anksiozne motnje in odvisnostne osebnostne motnje. V ospredju pritožbe je bil strah in somatizacije z impulzivno heteroagresivnostjo. Pozneje se je pokazalo, da je bilo v ozadju psihične dekompenzacije posilstvo na delovnem mestu. Nadaljnja obravnava je potekala med predelavo tega dogodka, posledičnimi partnerskimi konflikti, samomorilnimi poskusi in hospitalizacijami. Zaradi velike pogostosti srečanj sem se odločil za psihoterapevtsko obravnavo. Iz usmerjene anamneze je izstopalo izrazito črno-belo slikanje najpomembnejših drugih ter nepredelani preboji gonske energije v celotnem širšem socialnem okolju. Očeta doživlja kot zelo dobrega, govori pa o njegovem alkoholizmu, zunajzakonskih zvezah in samorilnih poskusih: obešanju, leganju pod vlak in kako so ga otroci iskali v strahu, da si ne bi kaj naredil. Govorila je o bratovih poskusih samomora, kako je bila sama poškrbljena z bratovo krvjo, ko si je rezal žile in kako jo je mama takrat (pri 16 letih) pretepla, ker se ni mogla nehati tresti in kričati. Govorila je o obiskih materinih ljubimcev v postelji, v kateri so otroci spali z materjo, in materini nagnjenosti k telesnem kaznovanju. Govorila je o strahu in ponižanjih doma, v vrtcu in šoli. Do 16. leta je močila posteljo. Prvi mož je bil agresiven, enkrat ga je iz maščevanja v jezi z nožem v trebuh zabodel njen brat. Sicer se je dedek ustrelil in stric obesil. Bila je priča, kako je stric spal z

njeno sestrično (očim s svojo mladoletno pastorko) in še njo spolno nadlegoval. Pozneje je spregovorila o dolgoletni spolni zlorabi s strani bistveno starejšega brata in spolni zlorabi s strani sosedov ob bratovi prisotnosti.

Kmalu po začetku psihoterapevtske obravnave je prišlo do psihotične slike med samo seanso. Sprva je bila napeta, z grobim tremorjem, depresivna, anksiozna, jokava, naenkrat pa je vstala, se zresnila in rekla: »It moram.« Odšla je iz ambulante. Zatem je potrdila, da sliši moški glas, ki jo sili v suicidalna dejanja in govori, da je slaba mati. Tisti dan sem v psihofarmakoterapijo dodal antipsihotik. Pol leta zatem je preko sanj začela prihajati v stik s ponavljajočo se spolno zlorabo s strani sosedov, ko je bila sama stara 10 let, sosedje pa vsaj šest let starejši. Sledili so samomorilni poskusi in hospitalizacija. Ob sprejemu je navajala spominske izpade. Da jo plaši, ker ji vsak dan za uro, dve »zmanjka filma« in da ne ve, kaj takrat počne. Teden dni po odpustu mi medicinska sestra pove, da me je skušala dobiti po telefonu in ji naročila, naj mi pove, da bo drugo ubila in da ne bo pustila, da bi tista druga vzela zdravila. Sestra je imela občutek, da misli ubiti drugi del sebe. Ker telefonski stik ni bil možen, sem se odločil za obisk na domu. Vrata je odprla presenečena. Ni se spomnila, da me je klicala v službo. Sredi razgovora je spremenila držo in ton govora ter ostro rekla, kako tista druga nima pravice, da me obišče, da jo bo kaznovala, ker je slaba in nesposobna, da si najde počne. Poskrbela bo, da bo trpela. Ob tem srečanju sva sklenila antisuicidalni pakt in dogovor za redne psihoterapevtske seanse. Začel sem s spoznavanjem posameznih ločenih in individualnih ego-stanj.

Posamezna ego-stanja

Marija je njeno ime iz osebnih dokumentov, ostala imena so ji kot izpeljanke lastnega imena v posameznih življenjskih obdobjih dali pomembni drugi ali pa sama. V trenutku najinih srečanj jih je uporabljala kot lastna imena posameznih različnih osebnosti.

Marija – v osebnostnem smislu odvisnostno-osebnostno motena. Agresivno zavrtja, ne zmore se postaviti zase in postaviti meje v odnosih. Vse naredi namesto svojih otrok. Če jih je kaznovala, se je takoj zatem zaprla v kopalnico in jokala zaradi občutkov krivde. Pod pritiskom je bila nagnjena h globokim depresijam s suicidalnostjo in izrazito anksioznostjo, ki je mestoma segala do panike. Je temeljno stanje ega.

Mara – v osebnostnem smislu obsesivno-kompulzivno osebnostno motena. Red in disciplina. Otrokom postavlja jasne meje, ubogajo jo, pri svojih zahtevah vztraja. Je pa brez sposobnosti empatije. Zaradi slabe kontrole impulzov in močne agresivne zavrtosti prihaja do prebojev agresije ali do drugih stanj ega ali pa navzven. Njen prvi spomin jo popelje v starost 10. let. »Bilo je v kleti, Marija je imela roke zvezane nad glavo in Pero je rekel, da ji bo rebra štel. Otipaval jo je. Marija je samo jokala, rekla, naj jo odvežejo, ko sem pa jaz prišla, ni bilo več joka, sem bila čisto brez čustev.« Davka, ki ga plačuje zaradi izrinjanja čustev, se zave na eni izmed seans: »Jaz poskušam neke stike navezati z otroki, pa ne znam. Mene se boji.«

Maca – v osebnostnem smislu nosi značilnosti odvisnostne in histrionične osebnostne motnje. Želi ugajati. Vedno se je bolj družila s fanti in bila priljubljena med njimi: »V šoli smo vedno skupaj sedeli in se zafrkavali.« Je dobro razpoložena, v centru pozornosti. Želela je prijateljstvo in težko vzpostavljala mejo v odnosu, ko so se ji moški preveč približali: »Ne da bi z nekom spala, da sem pozornost vzbujala, hotela sem biti v njihovi družbi.« Zato je kolegica iz druge bolnišnice poročala o njeni promiskuitetnosti. In zato je po posilstvu v odrasli dobi imela močne občutke krivde, da tega ni preprečila sama. Mara pove, da se je Maca pojavila v 15. letu življenja.

Marica – trpeči, psihično, fizično in spolno zlorabljeni otrok. Marija v fazi reintegracije ostalih ego-stanj pove, da ima občutek, da sta prisotni dve Marici, ena stara 5–6 let in druga, stara 10 let. Mara govori, kako jo vidi: »V kotu sedi, v rokah ima pleničko in se z njo boža po obrazu pa joka. Samo govori, da je pridna, pa da ne bo nič naredila. Pa nikogar ne pusti zraven. Boji se me. Rekla je, da jo kolena bolijo, da ne more več klečati, če lahko vstane. Lase ima skuštrane, kot bi jo kdo lasal, vsa je smrkava, teče ji okrog oči, taka umazana je, nogice črne, plave, potolčene. Ko se ji približam, začne kričati: ‚Ne, prosim, ne,‘ pa rokice dvigne ob glavi.« Na seansah je poročala, kako je očetu pri petih letih glavo dvigovala, ko se je obesil na kljuko, kako je v vrtcu morala stati v kotu z dvignjenimi rokami (»štelja je zvezdice«), ko se je pomočila v hlače in doma v kotu klečati na koruzi.

Jana – to stanje ega se je pojavilo med terapijo. Pojavila se je v trenutku, ko je Marija sredi noči želela skočiti z Dravskega mosta. Jana je vzela Marijo v zaščito in jo spremljala naslednjih nekaj tednov, da ji je

pomagala pri vsakodnevnih aktivnostih. V pogovoru ni vedela, kako se piše. Njen prvi spomin je bil vezan na dogodka na mostu: »Tam sem začela jaz potem, kaj je bilo prej, ne vem.« Marija pozneje pove: »Jana mi je vedno bilo lepo ime. Kot otrok sem stalno pravila, Jana bi bila.«

Moški glasovi

Bolnico so sprva kar preplavljali zaničujoči moški glasovi. Med temi je prepoznala glas prvega moža, ki jo je večkrat pretepal, enkrat tako močno, da je zaradi tega splavila otroka. Ta glas je začel počasi dobivati vidno obliko. »Večkrat ga vidim, kot da je privid, prihaja proti meni, velik, močan, a ne pride čisto do mene.« Zaznavne motnje so jo vodile v izrazita anksiozna stanja, zaradi katerih je lahko spala le ob prižgani luči. Prividi bivšega moža so postajali vedno realnejši. »Saj ne vem več, ali je res ali ne, ali sva se srečala ali ne.« Povedala je še, da je bivši mož v obraz postaran in z dolgimi lasmi. Bolj kot so zaznavne motnje, vezane na bivšega moža, postajale izrazitejšje, bolj so izzvenelevali ostali moški glasovi. Na koncu je ostal samo še privid in prisluh bivšega moža, vendar 22 let starejši kot v resnici. Takrat sem se odločil za tvegan poskus analize omenjenega privida. Vprašal sem jo, na koga jo bivši mož spominja, nakar je povedala, da je bil oče s podobnimi besedami tako grob do njene mame in da mu je podoben tudi po hoji. Naročil sem ji, da naj naslednjič, ko bo uzrla omenjeni privid, privid pokliče kot očeta. Ko je to storila, se je privid pred njo spremenil v očetovo podobo: »Pa je rekel, da se je prišel posloviti, da se ni mogel takrat, ko je umrl in da se bom pobrala, da imam toliko moči.« Po tem sporočilu je izginil in njegov privid, ne kateri koli drug moški privid, se ni več vrnil, kljub temu da se je želela ponovno srečati s prividom očeta in ga v stiski klicala. Kljub temu, da literatura navaja možnost obstoja ego-stanj drugega spola, menim, da tu ni šlo za njeno ego-stanje, ker je to prepoznala kot nekaj sebi povsem tujega (menim, da je šlo za inkapsulirane introjekte sovražnih objektov).

Prehodi med posameznimi stanji ega

Mestoma so bili prav dramatični. Tako je lahko Marija sedela pred mano vsa v grobem tremorju po vsem telesu, na robu grozavosti, pa se naenkrat kot Mara povsem umirila in jezno nadaljevala, da me ne potrebuje, ali pa z glasnim ploskom dlani zmagoslavno vzkliknila: »Pa sem spet tu!« da sem se prav prestrašil. Najbolj dramatični prehodi so bili prihodi Marice, trpečega otroka. Enkrat je vstala sredi seanse, počepnila za naslanjač in pod mizo, hlipala, se tresla in se pred mano umikala, ko sem se ji počasi skušal približati. Poklical sem sestro, ob kateri se je umirila in povedala, da je stara pet let ter da se njena starša tepeta. Spet drugič je med seanso prestrašeno vstala, rekla: »Mi ne boš nič naredil!« in se začela slačiti. Med slačenjem se je umikala in preplašeno gledala proti meni. Spet sem poklical sestro in ji zatrdil, da se ji ni treba sleči. Potem je rekla: »Grem se igrat. Lahko zdaj grem?« S sestro sta šli v prevozovalnico, kjer je pozneje, ko sem tja prišel sam, na robu grozavosti kot Marija opisovala, kako so se otroci igrali zdravnika in kako je sama kot najmlajša vedno morala biti bolna. Sicer je tudi sama opisovala prehode med posameznimi stanji ega. Tako je vozila avtomobil (Mara), pa naenkrat ni vedela, kako se do neke zgradbe, kamor se je namenila, pride. Ustavila je sredi ceste, nakar je vožnjo prevzela druga (Maca) in brez težav odpeljala avto do cilja. Ali pa je ena (Marija) obtičala z avtomobilom, zaparkirana na pločniku, nakar je prevzela druga (Mara) in preko zelenic in pločnikov zapeljala na cesto mimo parkiranih avtomobilov. Za druga stanja ega je amnestična. »So mi prišli priklopit telefon, pa sploh nisem vedela, da sem bila na Telekomu... Sestri sem hotela vrniti denar, pa je rekla, da sem ji ga že prejšnji teden.« Vse te amnestične epizode so jo begale in krepile anksioznost.

Avtoagresivno vedenje in hospitalizacije

Opisana psihiatrična in psihoterapevtska obravnava se je ves čas odvijala na tankem robu med življenjem in smrtjo. V smrt so jo pošiljali že omenjeni moški glasovi, pa tudi njena druga ego-stanja. Marija pove: »Mara naju skoz sili, da nekaj delava (z Maco), da se reževa, da sebi kaj narediva.« Dvakrat si je prerežala žile v moji čakalnici dve uri po zaključeni seansi. Enkrat se je pred mano na uri petkrat z mojim svinčnikom zabodla v hrbtišče leve roke. V času obravnave je vsaj 14-krat delala samomort. Se močno poškodovala. V glavnem si je rezala žile in zaužila čezmerno odmerke tablet. Enkrat si je pletliko zarila v trebuh. Še večkrat je govorila o suicidalnih impulzih in o bojih med posameznimi stanji ega: ko je Marija hotela zaužiti tablete, ji je Mara

zaustavila roko, da je ni mogla približati ustom. Veliko moč je imel antisuicidalni pakt: »Ko sem sedela in sem si hotela žile prerezati, mi je stalno hodilo nekaj po glavi, prisega, da si ne bom tega naredila.« Realitetna kontrola je povsem popustila. »Dr. Židanik, kaj mislite, če skočiš s strehe, lahko letiš? Jaz sanjam, da skočim, žabico plavam in letim, kaj pa, če bi to naredila? Jaz ne bom umrla, one tri bodo umrle.« V času obravnave je bila desetkrat hospitalizirana v prvi psihiatrični bolnišnici, dvakrat v drugi in enkrat v tretji.

Strukturna diagnoza

Pri bolnici gre za patologijo vseh delov psihičnega aparata. V ego je osnovna obramba izrazita cepitev ega na posamezna ločena individualna ego-stanja. Razcep vzdržuje neneutralizirana agresija. Neneutralizirana libidinozna energija je potisnjena v samo eno ego-stanje (Maca). Distanco do tega stanja jaza proti drugim vzdržuje s pomočjo neintegriranega in samokaznujočega nadjaza, ki dopušča avtoagresivne impulze. Prisoten je tudi izrazit razcep doživljanja in vedenja, ki je najbolj prisoten pri Mari: da je preživela, je izrinila celotno čustveno sfero. Zato tudi ni mogla čustveno slediti svojim otrokom. Ko je bilo čustveno doživljanje za osnovno stanje ega (Marijo) nevzdržno, je »priklicala« to drugo stanje: »To je bilo moje telo, toda duša je bila drugje. Nisem se zavedala in ko je bilo konec, sem spet pristala v svojem telesu, varna za nekaj časa.« Skupaj z egom je prisoten tudi razcep selfa (njene samopodobe), vendar je ta zaradi menjav ego-stanj tako katičen, da je self povsem nekoherenten. Id, kot sem že omenil, zaznamuje povsem neneutralizirana gonska energija. V osebnostnem smislu je na meji psihotične osebnostne organizacije.

Terapija

Psihofarmakoterapija

Po prvem pregledu sem bolnici uvedel sertralin 50 mg zjutraj, ki sem ga po dveh mesecih povišal na 100 mg. Sledila je kratka remisija, potem pa poglobitev simptomatike s suicidalnostjo ter hospitalizacija. Zaradi nezmanjšane stopnje depresije po hospitalizaciji sem po treh mesecih sertralino dodal reboksetin 8 mg dnevno. 20 mesecev po prvem pregledu sem prvič opazil psihotično sliko in omenjeni terapiji dodal risperidon 4 mg, ki sem ga dva meseca zatem povišal na 6 mg. Spet dva meseca pozneje sem dodal še olanzapin 10 mg zvečer. Ker simptomi niso nazadovali, je sledila hospitalizacija in bolnica je bila odpuščena z olanzapinom 20 mg zvečer ter fluoksetinom 20 mg zjutraj. To terapijo je potem prejemala naslednjih 8 mesecev, potem so ji po hospitalizaciji olanzapin znižali na 10 mg zvečer. 10 mesecev zatem sem prvič postavil diagnozo multiple osebnosti in ob opazovanju derelalizacije ter depersonalizacije odmerke olanzapina ponovno povečal na 20 mg. Dva meseca zatem sem zaradi poslabšanja v smislu imperativnih slušnih halucinacij s paranoidnostjo olanzapinu dodal še 4 mg risperidona. Po mesecu dni sem se odločil za analizo zaznavnih motenj. Imperativne slušne zaznavne motnje (moški glasovi) in grozeči privid moškega so izginili v enem tednu. In samo dober mesec dni zatem sem ukinil antipsihotično terapijo, pustil pa fluoksetin 20 mg zjutraj.

Ob uvedbi antipsihotične terapije se je sprva zdelo, da zaznavne motnje izzvenevajo, potem pa se je pokazalo, da je bilo izboljšanje bolj posledica uspešnejšega izrinjanja konfliktnih vsebin. Krepitev zaznavnih motenj (v smislu žaljivih osebnostnih razprednotenj) je sovpadalo z Macinimi fantazijami o novi partnerski zvezi. Zaznavne motnje so se zdele bolj dostopne analizi kot psihofarmakoterapiji. In ko so izginili moški glasovi, sem se na njeno pobudo odločil za ukinitve antipsihotikov. Moški glasovi, ne prividi moških, se niso več pojavili.

Zavedal sem se tveganja, ker je bila njena realitetna kontrola izrazito šibka, prisotne so bile derealizacije (ko se je pojavljala Marica, je govorila o svojem otroštvu v sedanjem času), vendar sem se zanašal na priporočila iz psihiatričnega učbenika (5), ki omenja, da antipsihotična terapija v teh primerih ni potrebna.

Psihoterapija

Tukaj ni šlo za klasično psihoterapijo. Začel sem v smislu psihiatričnega spremljanja, potem pa bil prisiljen v suportivno psihoterapijo, upoštevajoč psihodinamične elemente, ker ji drugače nisem znal pomagati. Zavedal sem se velikega tveganja, ker je z odpiranjem konfliktnih vsebin prihajalo do slabšanja psihičnega stanja. Skupaj je bilo v štirih letih in štirih mesecih 86 srečanj, terapevtski dogovor sem sklenil šele na 63. srečanju, pred tem pa so bila srečanja bolj neenakomerno razdeljena glede na aktualno psihično stisko.

Terapevtski proces

Pravi terapevtski proces, usmerjen k integraciji posameznih delov osebnosti, se je začel v tretjem letu najinih srečanj. Zaradi izrazite in neneutralizirane samodestruktivne agresije je bil to nujen proces, ki ga žal ni bilo možno opraviti v varnejšem okolju (v bolnišnici). Zato so se avtoagresivna dejanja kar naprej vrstila. Kljub temu, da sem skušal ostati čim bolj na površini in sem krotil svojo radovednost v smislu želje po natančni eksploraciji posameznih osebnostnih stanj, je bila psihoterapevtska postavitev za bolnico zelo težko breme. »Zapisala sem, da ste moj sovražnik, po drugi strani pa vam zaupam... Kot da hočete razbiti nekaj, kar je bilo med nami, da hočete v moje življenje posegati, pa vam tega ne dovolim. Pisala sem, kaka jeza je bila v vas. Da sem postala poleg vas jezna, ipična, panična in potem, ko ste si izsilili v mene, namesto da bi v vas skočila, sem sama vase, od jeze, od ipike.« V prvi fazi obravnave sem spoznaval posamezne osebnosti. Včasih je bila neko seanso ves čas dominantna ena osebnost in naslednjič druga, včasih so se pred menoj izmenjevale, včasih pa je bila dominantna ista tudi po več seans zapored. Sprva sem samo omogočal ventilacijo posameznim osebnostnim stanjem, da bi z verbalizacijo preprečil preboje agresije. Hkrati sem ji dajal potrebno usmeritev, kaj se z njo dogaja in kako je do tega stanja po mojem mnenju prišlo. Potem sem ji postavil cilje terapije, da posamezne osebnosti sklenejo mir med sabo in se začno pogovarjati. Ta notranji dialog je končno stekel. Sledilo je obdobje anksioznosti – nekatera osebnostna stanja so se bala, da bodo v procesu terapije izginila in so terapiji nasprotovala. Za to obdobje je bilo značilno izrazito rivalstvo med posameznimi osebnostnimi stanji: katera bo najmočnejša, se prebila v ospredje, drugim preprečila dostop in končno premagala druge. Sklepala so se zaveznitva. Končno je nastopilo obdobje sodelovanja in miru. Sprva sta najmočnejši, Mara in Marija, pogrešali značilnosti druge: Marija Marino moč, sposobnost organizacije in postavljanja meja otrokom pri vzgoji, Mara pa Marijino sposobnost igrivosti, veselja in spontanosti v igri z otroki. Sledilo je sodelovanje. »Z Maro sva delali skupaj, zlivali sva se, delali z veseljem. Prej sem včasih jaz bila na strani ali pa ona, zdaj pa sva delali skupaj, kot eno sva delali.« To obdobje je bilo silno kratko, ker je proces notranjega celjenja silovito pritiskal. Največje spremembe je bilo čutiti pri Mari, ki se je, da bi vzpostavila podoben odnos do svojih otrok, kot ga je zmogla Marija, učila prepoznavati svoja čustva. S tem se je približala tudi ostalim delom lastne osebnosti. Potem pa se je Marija pritožila, da jo je Mara zapustila. »Rekla je, da je ona mene sprejela, sedaj pa jo moram še jaz... Najbolj me je strah tega, ker Mara zna odpustiti, jaz pa ne vem, če bi lahko odpustila in se s tem sprijaznila.« In končno na 79. srečanju: »Zdaj za vse vem... Kot da sem druga, čisto druga oseba, kot

da je vse v meni... Zdaj vem dosti stvari. Zakaj sem se bala zdravnikov, zakaj ne morem spati z moškimi, zakaj sem se stalno zapostavljeno počutila.« To še ni bil konec terapije, sledilo je izredno naporno kratko obdobje ponotranjanja najbolj bolečih spominov, do katerih se je prebijala preko simptomov. Spet se je ponovilo tresenje celega telesa in bruhanje, »kot da hočem samo sebe izstradati... tista jeza, maščevanje, to ne gre iz mene ven.« Preko tega so iz nje bruhnili živi spomini na skrajno perverzno spolno zlorabo s strani sosedov. Tem spominom je sledil spomin na življenjsko ogroženost, ko so jo v imenu dokazovanja poguma prisilili, da je legla v izkopano luknjo pod železniškimi tiri tako, da je nad njo peljal tovorni vlak s 53 vagoni. »Ampak takrat nisem bolečine čutila kot danes. Zmeraj sem mislila, kako lepo otroštvo imam.«

Druga pot v preteklost je bila ponovitev telesnega simptoma, urinske inkontinence. Preko te je prišla do otroških sanj, ki jih je ponovno začela sanjati in ki so že v otroštvu bile podlaga za močenje postelje. Sanje so jo spomnile, da so jo v starosti sedmih let sosedje prevrnili s čolnom v Dravo in je bila na robu utopitve. Tega tempa, teh bolečih spominov končno ni več zmogla integrirati. »Zakaj se mi odpirajo sami taki spomini, zakaj ni lepega? To je tako huda bolečina, mene vse boli, v hrbtenici, spredaj. Jaz nočem teh spominov, jaz hočem mir od tega, naj ostane, kjer je.« Odpori proti nadaljnji psihični bolečini so bili prehudi. »Včasih nočem k vam, ker se bojim, da bo tu spet tista bolečina. Zdi se mi, da kakor vas zagledam, da bo spet nekaj narobe. Ne me narobe razumeti, jaz vas imam rada kot zdravnika, a zakaj jaz zdaj v vas vidim stalno neko bolečino?« Po tem srečanju je terapijo prekinila in po klicu medicinske sestre na dom povedala, da si je vzela odmor. Tri mesece zatem se je ponovno oglasila v ambulanti. Prišla je še dvakrat, ponovno prinesla boleče spomine in začela žalovati za izgubljenim, nikoli prav zaživetim otroštvom. Sedaj je ponovno na »odmoru«, sam pa imam dober občutek, da bo ponovno navezala stik z menoj, ko bo čutila potrebo po nadaljnji obravnavi bolečih vsebin.

Transfer in kontratransfer

Zaupen odnos, ki ga terja psihoterapevtski proces, sva vzpostavljala zelo dolgo. Zaradi izrazito negativnih izkušenj v dosedanjih odnosih občutka varnosti in stalnosti v odnosu še ni doživela, tako, da je že vnaprej pričakovala razočaranje tudi v najinem odnosu. Tako lastno jezo lažje pozunanji name (jaz sem jezen nanjo). Vendar me hkrati ohranja tudi kot dobrega (»v vas vidim prijatelja«), tako da je v odnosu z mano prvič začela nekoga dojemati kot človeka z dobrimi in slabimi lastnostmi, čeprav je ta »človek« še vedno pretežno predmet njenih predstav in manj odsev realnega človeka. Svojo potrebo po zunanji, starševski zaščiti je preko najinega nezavednega selila name in na to sem se začel odzivati. V prvem delu obravnave sem na njeno tožbo, kako ne upa do zobozdravnika, reagiral tako, da sem ji sam uredil pregled in zdravljenje pri zobozdravnici ter jo na prvo srečanje z njo tudi spremil. Takrat se je počasi v njej začelo odpirati zaupanje. Sicer sem bil ob bolnici večji del obravnave v stiski, ker sem se zavedal nevarnosti uspešnega samomorilnega poskusa. Ob njej sem začel spremljati osmrtnice v časopisu. Čutil sem se nemočnega, ko je vsak nov uvid in napredek v terapiji plačevala s samouničevalnim vedenjem. Nisem vedel, ali bo preživela. V nekem trenutku sem žrtvoval najin odnos in prosil za hospitalizacijo proti njeni volji. Bila je prva bolnica, ki sem jo obiskal na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice, in prva, ki sem jo obiskal na domu. Skupaj z njo sem se krotovičil po njenih bizarnih, strahotnih spominih na nenehno in vsestransko nasilje. In globoko sem se oddahnil, ko je poročala, da je »postala cela«. Bila je moja najbolj dramatična in najbolj tvegana terapevtska obravnava zaradi samouničevalnega vedenja in analize zaznavnih motenj.

Razpravljanje

Pri bolnici je šlo za multiplo osebnost. Po eni strani je bila v otroštvu soočena s tako globokimi in razdiralnimi travmatskimi izkušnjami, da lahko razumemo, da je njen psihični aparat posegel po tako skrajni obrambi pred dokončnim zlomom. Po drugi pa indukcija motnje z moje strani ni bila možna. Prvič zato, ker sem do srečanja s to bolnico še sam dvomil v obstoj te entitete, drugič zato, ker sem našel indice za obstoj te motnje v materialu, ki ga je prinašala na seanse, ko še te diagnoze nisem postavil, tretjič zato, ker je podobne prehode med posameznimi stanji ega opazil tudi klinični psiholog med skupinsko obravnavo v psihiatrični bolnišnici, četrtič, ker je sum na to stanje prva postavila medicinska sestra, ki je z njo govorila po telefonu, in petič, ker bi morala moja pozornost posameznim ego stanjem to motnjo, če bi bila inducirana z moje strani, krepiti in ne razrešiti. Dodaten element, ki govori, da je res šlo za to motnjo, je zanemarljiva verjetnost, da bi zaznavne motnje, rezistentne na psihofarmakoterapijo, tako dobro reagirale na analizo in da po ukinitvi antipsihotikov komaj mesec dni po remisiji ne bi prišlo do ponovnega izbruha simptomov, če bi pri njej šlo za endogeni psihični proces. Remisija je trajala še vsaj naslednjih osem mesecev, ko sva še bila v stiku. Pa tudi, da so zaznavne motnje izginile lakunarno – samo ogrožujoče, vezane na moškega, ne pa zaznavne motnje, ki jih je pripisovala drugim lastnim osebnostim. Slednje so »izginile« pozneje, v trenutku, ki sem ga razumel kot reintegracijo ega.

Pri opisanih spominih se odpira vprašanje, ali gre za dejanske ali »lažne« spomine. Pri slednjih bi pričakoval obstoj vsaj nezavednih teženj po sekundarnih koristih. Zavesten proces lahko izključim, ker so spomini začeli vreti iz nje preko sanjskega materiala in ker se je sama spominjanju upirala. To je bil konec koncev tudi razlog za prekinitev terapije, ker so spomini s seboj prenašali preveč psihične bolečine. Sekundarna korist bi lahko bila v vzdrževanju odnosa z mano, s »plačilom za pozornost« z vsebinami, za katere bi čutila, da me privlačijo in ker se jim ne bi želel odpovedati, bi terapevtski odnos nadaljeval. Tudi to prvo lahko izključim. Prvič, ker je o istih vsebinah govorila tudi ob hospitalizaciji, in drugič, ker je bila narava teh spominov tako bizarna in boleča, da ob njih nisem mogel sproščeno uživati. Nasprotno, bil sem napet, v sebi sem čutil nemoč in iz te nemoči jezo na vse, ki so jo v življenju zlorabljali.

Bolnica je rekla: »Nihče mi ni verjel.« Zdravnica, h kateri so jo v otroštvu peljali zaradi močenja postelje, je predlagala fizično kaznovanje zaradi razvajenosti. Ko je padala v šoli v nezavest, so bili mnenja, da jemlje mamila. Nihče ni opazil hitre menjave razpoloženja. Ob vseh poskusih samomora ji lastna sestra ni verjela, da je v dejanski stiski. V psihiatrični bolnišnici se je je prijel predstava, da je promiskuitetna in da je pri njej razvit hospitalizem. Kljub temu, da je težila k hitrim odpustom v skrbi za otroke in kljub temu, da sem jo enkrat napotil v bolnišnico proti njeni volji. Tako kot ni nihče verjel njej, niso verjeli tudi meni in mojim diagnostičnim opredelitvam. Zaradi suicidalne ogroženosti, diagnoze multiple osebnosti ter psihotične slike sem jo usmeril v bolnišnico. Iz popisa je razvidno, da je spregovorila o svoji motnji, tako med sprejemom kot med hospitalizacijo. Po 24 dneh hospitalizacije pretežno na zaprtem oddelku je bila odpuščena pod diagnozo ponavljajoče se, tokrat blage depresivne epizode ob odvisnosti osebnostni motnji. Zapisali so, da pri njej niso opazovali ne znakov psihoze ne znakov multiple osebnosti.

Zaključki

Prikazani primer kaže, da smo lahko strokovnjaki ujetniki predstav o bolniku, ki se nam oblikujejo po prvem vtisu, ki se selijo od kolegov, ki so bolnika že imeli v obravnavi in imeli z njim slabo izkušnjo, ali pa ker strokovna literatura uči, da neka motnja sploh ne obstaja. Bolnica je bila označena kot manipulativna, promiskuitetna in z razvitim hospitalizmom. Laže je slediti takim predstavam in zelo težko te predstave premagovati. Bolnica je zmogla v varni zaščiti psihiatrične bolnišnice dajati vtis dobro razpoložene ženske, ki je rada v moški družbi in ima neredko pripombe nad obravnavo v bolnišnici. Dejstvo je, da varnosti v odnosu z drugimi ljudmi še ni bila nikoli deležna in da je bila zato njena stopnja zaupanja terapevtom skrajno omejena. Pogostnost tako avtoagresivnega vedenja kot hospitalizacij je bila znak, da je v njeni globini nekaj hudo narobe. Odkrivanje skritih notranjih bolečin pa je dolgotrajno delo in je v razkoraku z zahtevami vodstev zavodov in zavarovalnic po krajšanju hospitalizacij. Tako ostaja čas le za krepitev obramb v smislu racionalizacij in potlačevanja. Predstave v smislu manipulativnosti in hospitalizma so dobrodošel alibi, da se nam z bolnikom ni treba intenzivneje ukvarjati, ker je na oddelku še toliko bolnikov, ki potrebujejo našo pozornost in katerih problemi so ozaveščeni in dostopni obravnavi. Tako lahko preslišimo tako napotnega psihiatra kot kolega kliničnega psihologa s podobnimi opažanji, ker se njuno mnenje ne ujema z že dogovorjeno predstavo o bolniku. Zato je nujno v prepoznavanju lastnega kontratransfernega (re-)agiranja pozornost posvetiti tudi prisotnim socialnim predstavam o bolniku v ožjem strokovnem okolju in jih vedno znova preverjati, ali morda le niso odraz globljih notranjih bolnikovih stisk.

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition. Text Revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
2. Andreasen NC, Black DW. Introductory textbook of psychiatry. 3rd Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2001.
3. Latz TT, Kramer SI, Hughes DL. Multiple personality disorder among female inpatients in a state hospital. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1343–8.
4. Seltzer A. Multiple personality: a psychiatric misadventure. *Can J Psychiatry* 1994; 39: 442–5.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2003: 680–5.
6. Coons PM, Bohman ES, Milstein V. Multiple personality disorder: a clinical investigation of 50 cases. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176: 519–27.
7. Armstrong JG. Reflections on multiple personality disorder as a developmentally complex adaptation. *Psychoanal Study Child* 1994; 49: 349–64.
8. Brenner I. On trauma, perversion, and »multiple personality«. *J Am Psychoanal Assoc* 1996; 44: 785–814.
9. Piper A. Multiple personality disorder. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 600–12.
10. Spitzer C, Haug HJ, Freyberger HJ. Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology* 1997; 30: 67–75.
11. Wildgoose A, Waller G, Clarke S, Reid A. Psychiatric symptomatology in borderline and other personality disorders: dissociation and fragmentation as mediators. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 757–63.
12. Simeon D, Nelson D, Elias R, Greenberg J, Hollander E. Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectr* 2003; 8: 755–62.
13. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. 10th ed. MKB-10. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995.
14. De Battista C, Solvason HB, Spiegel D. ECT in dissociative identity disorder and comorbid depression. *J ECT* 1998; 14: 275–9.