



50 let
Psihiatrična
bolnišnica
Begunje

MEJE PSIHIATRIJE

MEJE
PSIHIATRIJE

Begunje,
25. in 26. oktober
2002

OSEBNOSTNE MOTNJE: MED NORMALNIM IN PATOLOŠKIM

Borut Škodlar

»Alles was wir sehen, könnte auch anders sein.«
(»Vse, kar vidimo, bi bilo lahko tudi drugačno.«)
(L. Wittgenstein, Tractatus logico-philosophicus, 5. 634)

UVOD

Ko govorimo o abnormnem vedenju, takoj trčimo na pojem normalnega. Na nekaj, kar intuitivno doživljamo kot pristno in naravno človeško. Vendar vsebina in meje normalnega niso postavljene ne jasno in ne trdno.

Zaradi različnosti norm glede na različne kontekste ni smiselno govoriti o normalnih in abnormnih ljudeh, ampak o različicah človeškega. Razlike lahko presojamo in vrednotimo namreč le glede na oporne točke, ki koreninijo v skupnem, univerzalnem in dogovorjenem (1).

Vedno se nahajamo tudi v osnovnem razponu med nespremenljivostjo in svobodo (vprašanje determiniranosti). Zato pri opazovanju in ocenjevanju katerekoli psihične motnje ne moremo mimo človekovih voljnih vzgibov, odločitev in njegovih ustvarjalnih zmožnosti. Redukcionizem - še tako privlačen in dokazljiv - nas vedno pušča žejne in v začaranih krogih, ki smo jih vzpostavili sami (2).

Na zgoraj omenjeno moramo paziti že pri definicijah, kjer se začenja (in tudi končuje) proces postavljanja meja.

Pojem osebnosti izhaja iz besede za gledališko masko in je bil prvotno omejen na zunanjo podobo: na to, kako se kdo kaže in kakšen se zdi drugim. Kasneje se je razvilo veliko različnih definicij osebnosti, ki slonijo na različnih teoretskih konceptih in sistemih. Teorije osebnosti lahko po Schneiderju razdelimo na dve veliki skupini (3). V prvi skupini so tiste, ki poskušajo določiti in umestiti sestavne dele osebnosti. Drugo skupino pa sestavljajo teorije, ki temeljijo in v ospredje postavljajo metodo razumevanja osebnosti.

Iz prve skupine bi bila Muskova definicija, da je osebnost relativno trajna in edinstvena celota duševnih, vedenjskih in telesnih značilnosti posameznika (3). V drugo bi spadala Jaspersova, da je osebnost ideja celote vseh razumevajočih kontekstov. Posrečena kombinacija obeh pristopov je Allportova definicija: »Osebnost je posameznikova dinamična organizacija tistih psihofizičnih sistemov, ki določajo posameznikovo edinstveno prilagoditev na okolico«.

Nekateri avtorji pa trdijo, da osebnosti sploh ne moremo definirati, podobno kot ne moremo definirati sveta, življenja ali duše.

V proučevanju osebnosti in njihovih motenj se skozi vso njegovo zgodovino prepletata dva načina opazovanja posameznih pojavov. Na njuno različnost je opozoril že Kant. Prvo je proučevanje pojava znotraj celote variacij posameznega pojava (*Normalidee*), torej med najmanj in največ, ki ne zajema vrednostnih sodb. Drugo je postavljanje tipičnih, idealnih primerov določenega pojava (*Vernunftidee*), ki omogoča in zajema tudi vrednotenje.

Tudi v današnjem razumevanju osebnostnih motenj najdemo oba: prvega v dimenzionalnih (osebnostne poteze, temperamentne lastnosti itn.), drugega v kategoričnih (klasifikacijski tipi osebnostnih motenj, obdobja osebnostnega razvoja itn.) pristopih.

Slovenski jezik nam omogoča celo razlikovanje med osebnostno motnjo kot človekovo posamezno posebnostjo, nenavadnostjo ali neprijetnostjo in motenostjo kot motnjo, ki prodorno in odločilno vpliva na znaten del vedenja njenega nosilca (4).

DRUŽBENA DIAGNOSTIKA

Kdaj nam družba oz. človekovo socialno okolje sporočita, da je s človekom nekaj narobe?

Dušan Kecmanović v svoji knjigi *Ni normalno ni patološko* piše: »Določene oblike vedenja dobijo zaradi svoje nenavadnosti/neobičajnosti atribute, kot so nenaravno, nenormalno, deviantno (aberantno) in bolezensko (patološko)... Nekatero oblike vedenja te atribute zadržijo, medtem ko se druge integrirajo in jih pričnejo izgubljati (5).« Na te procese vpliva vrsta kulturoloških, socioloških, političnih in drugih dejavnikov.

Osrednji »družbeni diagnostični kriterij« za osebnostno motene ljudi je verjetno razlikovanje med trpečimi in motečimi. V tem kriteriju pa se skriva tudi subtilnejša meja, meja odgovornosti: trpečemu se trpljenje dogaja, moteči moti. Prvemu odgovornost odvezemamo, drugemu jo pripisujemo.

Vse te meje pa so, kot nas uči zgodovina in kot nas učijo izkušnje, nezanesljive, premakljive in raztegljive.

Naj naštejemo nekaj oblik nenavadnega/neobičajnega vedenja, ki se zlahka znajdejo na eni ali drugi strani omenjenih meja:

- uporništvó (nekonformistično vedenje);
- vedenje in delovanje ljudi z izjemnimi kognitivnimi in/ali emocionalnimi sposobnostmi: znanstveniki, umetniki itn.
- vedenje in delovanje ljudi, ki imajo na druge posebno močan vpliv: politiki, odrski umetniki itn.
- vedenje in delovanje ljudi, ki so doživeli religiozni (kontemplativni) »uvid«: verski voditelji, učitelji in gurují ipd.

Za prvo skupino je zanimivo Mertonovo delo, ki opiše sociološke kriterije za razlikovanje med nekonformistom in osebnostno motenim človekom (Merton, 1957):

NEKONFORMIST	OSEBNOSTNO MOTENI
svojih odstopanj ne skriva, jih celo kaže	se izogiba javnosti
radikalno problematizira družbene norme, ki jih zavrača	norme priznava, a ima potrebo kršiti jih
družbene norme želi iz moralnih razlogov spreminjati	beži od sankcij, norm, katerim ne postavlja nobenih alternativ
ob družbenih sankcijah se sklicuje na moralne razloge	moralne razloge, če že, uporablja zgolj kot izhod v sili
večina opazovalcev ne opaža osebne koristiljublja	večina soglašá, da je osnovni motiv osebni interes
opozarja na zanemarjene vrednote v realni družbi	opozarja na individualne vzgibe v subjektivnem

Zelo zanimiva je bila tudi študija s Stanfordske univerze (1), kjer so testirali naključno izbrane študente. Aplicirali so jim cel niz različnih psihometričnih testov, potem pa ne glede na rezultate nekaterim naključno izbranim študentom rekli, da močno odstopajo od povprečij in drugim, da so povprečni.

Ugotovili so, da:

- se »posebneži«, če njihova »deviantnost« ni znana, izogibajo bližnjim stikom (če je znana, pa ne);
- si »posebneži« izbirajo družbo »posebnežev«, tudi če so drugačni od njih;
- so »posebneži« manj agresivni do podobnih »posebnežev« kot do

- »neposebnežev« in drugačnih »posebnežev«, medtem ko »neposebneži« pri agresiji med skupinami študentov ne razlikujejo;
- pri izbiri objekta za kazen ali nagrado pa sta si skupini podobni v izbiri drugačnih za kazen in podobnih za nagrado (torej je strah »posebnežev« pred slabim odnosom večine do njih upravičen);
 - prilagodljivost pri javnem odgovarjanju pri »posebnežih« ne odstopa, pri anonimnem odgovarjanju pa očitno;
 - pri spremembah stališč ni bilo odstopanj, so pa na »posebneže« bolj vplivali vrstniki, na »neposebneže« pa avtoritete;
 - ob neposrednem soočanju so bili »posebneži« bolj sodelujoči (posebno, če so zahteve postavljali »neposebneži«), ob odsotnosti neposrednega soočanja pa manj.

S takimi razmišljanji se je zanimivo poglobiti v življenje enega izmed največjih nekonformistov 20. stoletja, avstrijskega filozofa Ludwiga Wittgensteina. V njegovem življenju ni v nobenem obdobju manjkalo nenavadnih odločitev, nenadnih preobratov, okolici povsem nerazumljivih vzgibov in večini ljudi nepredstavljaljivih ciljev. Veliko zgodb se je oblikovalo, ki so Wittgensteina predstavljale kot duševno bolnega in iztirjenega človeka. Prav tako številne in mnogo pretresljivejše so bile tiste njegovih prijateljev in učencev, ki so ga, četudi včasih težko, vendar le razumeli in neskončno cenili (2). Iz uvodnega stavka njegovega mladostnega in za življenja edinega objavljenega dela (3): »to knjigo bo morda razumel le tisti, ki je misli, izražene v njej, že kdaj sam mislil« lahko slutimo, da se je svoje nerazumljivosti za večino ljudi zavedal. Kljub temu, da je vrhunsko izpolnjeval vse kriterije za nekonformista, celo velikega revolucionarja, bi ga verjetno večina družbenih ali psihiatričnih »klinikov« uvrstila med osebnostno motene ljudi.

Tako prihajamo do morda najpomembnejšega in najpotrebnejšega diagnostičnega orodja za oceno in razumevanje osebnostnih motenj – vseh duševnih motenj, kot piše Jaspers –, to je zmožnosti doživljanja in razumevanja drugačnosti, ki pa jo omogočajo posameznikova osebnostna, družbena in duhovna širina (4).

KLINIČNA DIAGNOSTIKA

S podobnimi vprašanji se srečujemo tudi pri klinični diagnostiki osebnostnih motenj.

Kdaj klinik sploh postavi/postavlja diagnozo osebnostne motnje ali začne o njej vsaj razmišljati?

- *per exclusionem*, ko za pacientove težave ne najde drugih bolezenskih vzrokov in mehanizmov;
- po ego-sintoni konfliktnosti in aloplastičnosti (v katero je lahko zajet tudi terapevt sam in ga nanjo opozorijo kontratransferna dogajanja);
- po dejanju/vedenju, ki ni običajno, pričakovano in/ali sprejemljivo;
- pod pritiskom socialnega okolja, drugih klinikov ali ustanov;
- ko je klican kot sodni izvedenec za presojo duševnega stanja človeka, ki je storil inkriminirano dejanje.

Ni soglasja, da so osebnostne motnje sploh duševne bolezni oz. motnje (5). Ni dokazane biološke pomanjkljivosti oz. disfunkcije, s katero bi jih lahko definirali kot bolezni. So morda le dejavnik tveganja, kot denimo debelost (tudi klasificirana v MKB). Vendar je npr. zgodnejša umrljivost kot eden parametrov posledic bolezni, dokazano prisotna le pri disocialni osebnostni motnji.

Ne moremo pa prezreti prisotnosti osebnostnih motenj v vseh učbenikih psihiatrije in psihopatologije ter v vseh klasifikacijskih sistemih, vključno z obema danes veljavnima: tj. DSM-IV in MKB-10, kar kaže na izrazit kliničen pomen, ki ga imajo te motnje za psihiatrično stroko.

Osnovno in še nerazrešeno vprašanje je, ali so osebnostne motnje ekstremi kontinuuma (dimenzionalen pristop) ali kategorični razdelki (kategoričen pristop). Študije (Bayon et al, 1996; Blais, 1997) nam ne ponudijo enovitega odgovora na to vprašanje.

Večina klinikov bolj zaupa kliničnemu vtisu kot formaliziranim diagnostičnim postopkom, kot so strukturirani ali polstrukturirani intervjuji (6). Osebnostne motnje diagnosticirajo veliko manj pogosto, kot jih diagnosticirajo po diagnostičnih kriterijih pripravljene strukturirani intervjuji. Vendar je zanimivo, da se pogostnost diagnoze mejne (borderline) osebnostne motnje izrazito poveča, če klinik pred svojim intervjujem izve za pozitivne rezultate strukturiranega intervjuja za to motnjo (7).

Študije nas torej opozarjajo, da je v diagnostiki osebnostnih motenj še veliko subjektivnega in klinikovi lastni presoji prepuščenega. Če pa upoštevamo še izrazite kontratransferne občutke, ki jih ti pacienti vzbujajo, je diagnostika še dodatno zapletena.

Poseben problem diagnostike osebnostnih motenj je soobolevnost (komorbidnost), to je postavljanje meja med njimi in drugimi duševnimi boleznimi in motnjami. Proučevanje soobolevnosti ima več obrazov:

- diferencialno diagnostičnega: osebnostne motnje so lahko preprosto pridružene drugim psihiatričnim motnjam ali pa predstavljajo osnovo za

motnjo, ki jo zdravimo pod drugim imenom (pozorni moramo biti predvsem ob terapevtski rezistenci ali atipičnosti depresij ipd.; ugotovljeno je bilo tudi, da mnogi kliniki zamenjujejo diagnozo mejne (borderline) osebnostne motnje z bipolarno motnjo, da se rešujejo »teže« te diagnoze in se lotijo farmakoterapevtskega zdravljenja bolezni)(8);

- fatalističnega: motnja (celo terapevtsko rezistentna depresija) postane osebnostna motnja, ko se ne da nič narediti (*What to do when nothing works?*) (9);
- larpurlartističnega: določene motnje, četudi iz različnih diagnostičnih skupin, so si že po diagnostičnih kriterijih preblizu, da bi bilo smiselno ugotavljati komorbidnost (npr. bojzljivostna (izmikajoča se) osebnostna motnja in socialna fobija, pa anankastična osebnostna motnja in obsesivno-kompulzivna motnja, shizotipska motnja in shizofrenija, histrionična osebnostna motnja in disociativna motnja ipd.);
- evolutivnega: distimija in ciklotimija sta bili še v MKB-9 uvrščeni kot afektivni osebnostni motnji, pa so jih z zaključki genetskih študij premestili med afektivne motnje.

Vsi diagnostični kriteriji so ostali na stopnji deskriptivnega. Kljub pričakovanjem jim niso sledili nobeni preverljivi in splošno sprejeti etiopatogenetski modeli ali hipoteze. Najbolj uveljavljeni so naslednji etiopatogenetski modeli osebnostnih motenj:

- hipoteza spektra motenj: vsaka osebnostna motnja ima svojo »veliko« obliko (so torej podpražne oblike psihoz, afektivnih motenj in anksioznih motenj ter obsesivno-kompulzivne motnje) s skupno etiologijo;
- psihodinamski model osebnostnih motenj: jedro vseh oblik osebnostnih motenj je mejna (borderline) osebnostna organizacija (Kernberg, 1975) z nezrelimi obrambami in fragmentiranim konceptom sebe (selfa);
- psihobiološki model osebnostnih motenj: osnova so slabo razvite karakterne in temperamentne poteze, predvsem usmerjenost vase (analogna borderline osebnostni organizaciji), ki izhajajo iz psiho-bioloških korelatov (10);
- genetski model osebnostnih motenj: kvantitativno se dedujejo osebnostne poteze in predstavljajo rizične dejavnike za razvoj osebnostnih motenj (več kot polovica variance za 4 glavne poteze temperamenta je podedovane).

Zdravljenje osebnostnih motenj je zaenkrat še razmeroma slabo raziskano področje. Različni avtorji ga vrednotijo zelo različno, vendar je skupni imenovalec vseh poskusov zdravljenja osebnostnih motenj nizka učinkovitost.

Bolj optimistični avtorji ugotavljajo uspehe v obeh glavnih delih zdravljenja osebnostnih motenj: v psihoterapiji in v psihofarmakoterapiji.

Psihoterapija

Glede na to, da je psihodinamsko gledano osrednji problem pri osebnostnih motnjah koncept sebstva (selfa), je težko pričakovati učinka od psihofarmakoloških modifikacij. Učinkovitost psihoterapije pa močno ovira nizka motiviranost. Ni je psihoterapije, ki je na osebnostnih motnjah še ne bi preiskusili, kar kaže na večumnost glede same narave teh motenj, na nujnost integracije posameznih pristopov in, žal, tudi na njihovo nizko učinkovitost.

Kot postaja debelost z učinkovitimi terapevtskimi postopki vse bolj bolezen, se podobno dogaja tudi z osebnostnimi motnjami.

Dve študiji sta pokazali učinkovitost določenih oblik psihoterapije pri mejni (borderline) osebnostni motnji: dialektična vedenjsko-kognitivna terapija (Linehan et al, 1991) in psihoanalitična psihoterapija (11).

Pomembno dejstvo je, da psihoterapijo osebnostno moteni poskušajo prilagajati sebi in se upirajo spremembi, saj je rezistenca obratna navezavi v terapevtsko delovno alianso, kar odslikava slabe možnosti in zmožnosti za navezanost v bolnikovi preteklosti (12).

Psihofarmakoterapija

- a) Vzročna: temelji na raziskavah temperamenta in njegovih pato-bio-kemičnih korelatov. Npr. disforičen in socialno zelo senzitiven pacient se bo dobro odzval na SSRI ipd.
- b) Simptomatska: zdravljenje po simptomih, ki so skupni posameznim podskupinam osebnostnih motenj. Npr. serotoninski antidepresivi za izogibajočo, bojzljivostno in anankastično osebnostno motnjo, za zmanjšanje razdražljivosti in agresije pri različnih osebnostnih motnjah (13), nizko odmerjeni nevroleptiki za mejno (borderline) osebnostno motnjo itn.

Pogled skeptikov pa je do učinkovitosti terapevtskih naporov bolj zadržan in se gotovo do določene mere upravičeno sprašujejo že naslednje vprašanje:

Cawtara in Gibb (14) ugotavljata, da psihiatriji kljub njihovi veliki problematičnosti in izzivu, ki ji ga predstavljajo osebnostne motnje, ni potrebno prevzeti vse odgovornosti, saj je neodgovorno namenjati toliko sredstev za tako pičel uspeh. Pri tem naj psihiatrije ne hromijo (pre)visoka pričakovanja družbe. In verjetno tudi več kot 50 let kasneje velja, kar je Henderson pisal leta 1951 v *British Journal of Delinquency*: »Vsakdo ve, da predstavljajo ljudje, ki tvorijo to skupino, velik problem. Razlog je v tem, da niti medicina niti pravni sistem ali družba ne uspejo zagotoviti ustrezne skrbi zanje.«

Ravno vprašanje odgovornosti, kot omenjeno že zgoraj, je eno osrednjih na vseh ravneh razumevanja osebnostnih motenj: pa najsi smo anonimni opazovalci teh pojavov, neposredno udeleženi kot strokovnjaki ali prizadeti kot bližnji oseb z osebnostnimi motnjami. Vsakdo od naštetih je prisiljen odgovoriti si na vprašanje svoje odgovornosti v odnosu do odgovornosti človeka z osebnostno motnjo in do odgovornosti družbe.

Odgovorni pa smo tudi do vseh, ki s svojo drugačnostjo sicer niso del našega sveta in našega dopuščanja. Motijo le naša stališča, predsodke in občutke varnosti. Odgovorni smo, da jim ne delamo nepotrebne škode.

ZAKLJUČEK

Če (še) ne zmoremo odgovoriti na vprašanja: »kako zamejiti?«, »kaj potem?« in »čigava odgovornost?« pri osebnostnih motnjah, ostanimo z njimi odprti. Mar ni vprašanje že samo po sebi stanje odprtosti (Gadamer, 1972)?

Wittgenstein lahko nadaljuje s svojo tolažbo:

»*Alles, was wir überhaupt beschreiben können, könnte auch anders sein.*«

(»Vse, kar sploh zmoremo opisati, bi bilo lahko tudi drugačno.«.)

(L. Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, 5. 634)

LITERATURA

1. Kretschmer E. *Medizinische Psychologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1956: 206-259.
2. Frankl VE. *Der leidende Mensch*. München: Piper, 1990: 115-251.
3. Musek J. *Znanstvena podoba osebnosti*. Ljubljana: Educy, 1993: 2-4.
4. Kobal MF. *Psihopatologija za varnostno in pravno področje*. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, Visoka policijsko-varnostna šola, 2000: 137-170.
5. Kecmanović D. *Ni normalno ni patološko*. Sarajevo: Svjetlost, 1988.
6. Freedman JL, Doob AN. *Deviancy. The Psychology of Being Different*. New York and London: Academic Press, 1968.
7. Malcolm N. *Ludwig Wittgenstein. A Memoir*. Oxford: Clarendon Press, 2001.
8. Wittgenstein L. *Tractatus logico-philosophicus*. Frankfurt: Suhrkamp, 1999: 7.
9. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag, 1953: 13-19.
10. Kendellov RE. The distinction between personality disorder and mental illness. *Br J Psychiatry* (2002) 180: 110-115.
11. Westen D. Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders. *Am J Psychiatry* (1997) 154: 895-903.
12. Zimmerman M, Mattia JI. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* (1999) 156: 1570-1574.
13. Bolton S, Gunderson JG. Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications. *Am J Psychiatry* (1996): 153: 1202-1207.
14. Thase ME. The role of axis II comorbidity in the management of patients with treatment-resistant depression. *Psychiatr Clin North Am* (1996) 19: 287-309).
15. Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock's *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1723-1764.
16. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry* (1999) 156: 1563-1569.

17. Strand JG, Benjamin LS. Resistance to change in individuals with personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry* (1997) 10: 132-135.
18. Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry* (1989) 46: 587-599.
19. Cawthra R, Gibb R. Severe personality disorder – whose responsibility? *Br J Psychiatry* (1998) 173: 8-10.