

Osebnostne motnje v novih psihiatričnih klasifikacijah

Personality disorders in new psychiatric classifications

Lucija Bukovec, dr. med., spec. psih.

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana,
Grablovičeva 48, 1000 Ljubljana,
elek. naslov: lucija.bukovec@psih-klinika.si

Uvod

V psihiatrični praksi se pogosto, morda celo vsakodnevno, srečujemo s posamezniki z osebnostno motnjo. Medtem ko je prevalenca v splošni populaciji ocenjena na 9,1 % [1], so osebnostne motnje med ambulantnimi in bolnišničnimi psihiatričnimi pacienti mnogo pogostejše, saj naj bi eno od motenj imela vsaj tretjina bolnikov [2, 3]. Osebnostne motnje so klinično še kako pomembne, saj predstavljajo dejavnik tveganja za razvoj drugih duševnih bolezni in smrt zaradi samomora, višja je tudi splošna obolevnost in umrljivost [4–6]. Dobro poznavanje in razumevanje osebnostne patologije je tako za klinično delo ključno.

Namen pričujočega besedila je dvojen; najprej predstaviti nova klasifikacijska modela, predvsem prihajajočo 11. revizijo Mednarodne klasifikacije bolezni, hkrati pa spodbuditi kritičen premislek o novih modelih in razumevanju osebnostne patologije na sploh. V besedilu bomo najprej pregledali, kaj so kategorični in dimenzionalni modeli razumevanja osebnostnih motenj, nato se bomo kratko dotaknili obeh veljavnih kategoričnih sistemov, pregledali oba nova, dimenzionalna modela, nazadnje pa bodo predstavljene razlike med obema načinoma gledanja na osebnostne motnje skupaj s prednostmi in pomanjkljivostmi.

Kategorični in dimenzionalni modeli osebnostnih motenj

Trenutno imamo štiri relevantne klasifikacije osebnostnih motenj. Pri nas trenutno veljavno 10. revizijo Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-10), prihajajočo 11. revizijo Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-11) ter dve, recimo jima klasična in alternativna, verziji 5. revizije Diagnostičnega in statističnega priročnika (DSM-5) Ameriškega psihiatričnega združenja. Oba stara modela, torej MKB-10 in klasični model iz DSM-5, sta kategorična; oba nova, torej MKB-11 in alternativni model iz DSM-5, pa dimenzionalna.

Dimenzionalni model je v osnovi spektralni; predvideva, da obstaja spekter med zdravo in patološko osebnostjo. Kot izpeljavo te ideje v dimenzionalnih klasifikacijskih modelih najdemo lestvice, na katerih ločeno od osebnostnih potez in lastnosti opisujemo osebnostno funkcioniranje. Dimenzionalni modeli pri razumevanju osebnostne patologije izhajajo iz razumevanja zdrave osebnosti. Predvidevajo, da so pri posameznikih, ki imajo osebnostno motnjo, v ekstremih izražene osebnostne lastnosti, ki same po sebi niso patološke, ampak so v večji ali manjši meri pri-

sotne v celotni populaciji. Pri tem se vsaj delno opirajo na model velikih petih dejavnikov osebnosti, t. i. model The Big Five, ki predvideva, da lahko vse osebnosti pojasnimo s specifično konfiguracijo izražnosti petih dimenzij osebnosti: odprtosti (do novih izkušenj), vestnosti, sprejemljivosti, ekstravertnosti in nevroticizma.

Kategorični modeli osebnostnih motenj zdravi osebnosti ne posvečajo nobene pozornosti. Diagnosticanje je binarno: človek bodisi ima osebnostno motnjo ali je nima. Osebnostne motnje definirajo z vedenji in občutki, ki jih posameznik izkazuje in doživlja, torej z znaki in simptomi.

Kategorični modeli: MKB-10 in DSM-5 (klasični)

Kategoričnega načina razumevanja in razvrščanja osebnostnih motenj ne uporabljata le aktualni reviziji, temveč tudi vse prejšnje revizije obeh priročnikov. Osebnostne motnje so v oba priročnika vključene vse od začetka, torej od prve revizije DSM-5, ki jo je Ameriško psihiatrično združenje izdalo leta 1952, in od 6. revizije Mednarodne klasifikacije bolezni¹, ki jo je Svetovna zdravstvena organizacija izdala leta 1949.

V obeh aktualnih kategoričnih modelih poteka diagnosticiranje osebnostne motnje v dveh korakih: v prvem koraku preverimo, ali pacient izpolnjuje splošna diagnostična merila za osebnostno motnjo, v drugem pa, ali izpolnjuje (simptomatska) merila za eno izmed specifičnih osebnostnih motenj. Za diagnozo osebnostne motnje je v obeh sistemih zahtevan trajen (s pričetkom v adolescenci ali zgodnji odrasli dobi) in vseprisoten (izraža se v različnih situacijah in kontekstih) vzorec doživljanja in vedenja, ki pomembno odstopa od posameznikovega kulturnega okolja, posamezniku povzroča pomembno stisko ali oškodovanost, in se izraža na vsaj dveh od naslednjih področij: mišljenje, čustvovanje, kontrola impulzov in medosebni odnosi, hkrati pa ga ne moremo bolje pojasniti z drugo duševno ali telesno motnjo ali uporabo substanc [7–9].

¹Začetki Mednarodne klasifikacije bolezni segajo v 19. stoletje, ko se je klasifikacija uporabljala za beleženje in statistično obdelavo razlogov smrti, šele od šeste revizije dalje se uporablja za beleženje vzrokov umrljivosti in obolevnosti, med katerimi so tudi duševne motnje.

Specifične osebnostne motnje se z izjemo nekoliko drugačnih poimenovanj med seboj ne razlikujejo bistveno. V obeh sistemih lahko diagnosticiramo paranoidno, shizoidno, disocialno (po DSM-5 antisocialno), histrionično, anankastično (po DSM-5 obsesivno-kompulzivno), bojzljivostno (po DSM-5 izogibajočo) in odvistnostno osebnostno motnjo. Shizotipska motnja je v MKB-10 razvrščena med psihotične motnje, v DSM-5 pa skupaj z drugimi osebnostnimi motnjami, a v vsebinskem smislu brez dvoma opisujeta isto patologijo. Narcisistična osebnostna motnja v MKB-10 nima svoje šifre, je pa ponujena med motnjami, ki jih lahko beležimo pod šifro za druge specifične osebnostne motnje. V MKB-10 je ena izmed specifičnih osebnostnih motenj čustveno neuravnovešena, ki se deli na impulzivni in mejni (borderline) tip, medtem ko v DSM-5 najdemo zgolj mejno (borderline) osebnostno motnjo. Po obeh sistemih lahko pri istem pacientu soobstaja več specifičnih osebnostnih motenj, ali pa diagnosticiramo neopredeljeno osebnostno motnjo, če pacient ne izpolnjuje meril za nobeno izmed specifičnih osebnostnih motenj.

Različnih stopenj izraženosti motnje (npr. blaga, srednja, huda) v obeh sistemih ne moremo opredeliti, enako ni mogoče diagnosticirati podprazne osebnostne patologije.

Dimenzionalni modeli: MKB-11

V želji po premostitvi nekaterih omejitev kategoričnega klasificiranja osebnostnih motenj je delovna skupina za osebnostne motnje pri Svetovni zdravstveni organizaciji pri razvijanju nove revizije predlagala povsem drugačno, dimenzionalno razumevanje osebnostnih motenj z razponom med zdravo osebnostjo (brez diagnoze), podpraznimi osebnostnimi težavami (opisanimi med nebolezenskimi entitetami) in blago, zmerno ter hudo osebnostno motnjo. Prejšnji kategorični podtipi specifičnih osebnostnih motenj so opuščeni in nadomeščeni s petimi domenami osebnostnih lastnosti (negativno čustvovanje, disocialnost, dezinhibicija, anankastičnost, odtujenost), ki so lahko ali pa tudi ne del diagnoze [10].

Diagnosticiranje poteka v štirih korakih, pri čemer sta le prva dva obvezna, druga dva sta izbirna:

1. opredelimo, ali pacient ima osebnostno motnjo (podprazne specifične lastnosti so šifrirane ločeno),
2. opredelimo, ali gre za blago, zmerno ali hudo obliko (možnost je tudi osebnostna motnja neopredeljene izraženosti),

3. eventualno opredelimo, katera domena osebnostnih lastnosti je izražena pri pacientu (od ena do pet), kar pa ni nujno za postavitev diagnoze,
4. eventualno opredelimo, da gre za mejni (borderline) vzorec².

Poglejmo posamezne korake.

Prvi korak ostaja enak kot pri do zdaj znanih klasifikacijah. Splošna diagnostična merila v osnovi ostajajo enaka, v vsebinskem smislu je nova le omemba selfa in medosebnega funkcioniranja.

Splošna diagnostična merila za osebnostno motnjo po MKB-11

- za motnjo so značilni problemi v delovanju selfa in/ali medosebnem funkcioniranju,
- motnja vztraja v daljšem časovnem obdobju (več kot dve leti),
- motnja se kaže v kognitivnih vzorcih, doživljanju in izražanju čustev ter vedenjih, ki so slabo prilagojena (npr. neprilagodljiva ali slabo regulirana),
- motnja se izraža v širokem spektru osebnih in socialnih vlog (tj. ni omejena na specifične odnose ali socialne vloge),
- karakteristični vedenjski vzorci so neprimerni za razvojno stopnjo posameznika in jih ne moremo pojasniti predvsem z družbenimi ali kulturološkimi dejavniki, vključno z družbenopolitičnimi konflikti,
- simptomi niso neposredna posledica učinkov zdravil ali drugih substanc, vključno z odtegnitveno simptomatiko, in jih ne moremo bolje pojasniti z drugo duševno ali vedenjsko motnjo, nevrološko boleznijo ali drugim zdravstvenim stanjem,
- zaradi motnje posameznik doživlja pomembno stisko ali pa je pomembno okrnjeno njegovo osebo, družinsko, družbeno, edukacijsko, poklicno ali drugo funkcioniranje.

²Uporaba termina mejnost (borderline) je tu nekoliko drugačna, kot smo navajeni. V psihoanalitični literaturi se ideja mejnosti sicer uporablja od sredine 20. stoletja dalje in opisuje raven osebnostne strukturiranosti na meji med nevrotsko in psihotično, kar je leta 1967 v članku Mejna osebnostna organiziranost sistematično obdelal Otto Kernberg [32]. Mejno organizacijo, piše, lahko prepoznamo pri številnih pacientih z infantilno, narcisistično in disocialno osebnostno motnjo. Ko termin kasneje vstopi v psihiatrične klasifikacije (leta 1980 v 3. revizijo DSM in leta 1992 v 10. revizijo MKB) je v nasprotju s tem uporabljen kot ena izmed specifičnih osebnostnih motenj. V MKB-11 pa je mejnost razumljena kot način osebnostne patologije, ki ga lahko prepoznamo pri pacientih s katerimikoli osebnostnimi lastnostmi.

V drugem koraku opredelimo, kako močno je izražena osebnostna motnja. Splošna priporočila so, da pri tem upoštevamo stopnjo motenosti selfa, stopnjo motenosti v medosebnih odnosih ter pervazivnost, izraženost in kroničnost čustvenih, kognitivnih in vedenjskih manifestacij. Pri določanju izraženosti osebnostne motnje uporabimo spodnji tabeli. S pomočjo prve določamo, ali gre za blago, zmerno ali hudo osebnostno motnjo na osnovi števila prizadetih področij življenja, števila prizadetih področij osebnostnega funkcioniranja, izraženosti specifičnih simptomov in škode, ki jo pacient povzroča sebi ali drugim.

Blaga osebnostna motnja	Zmerna osebnostna motnja	Huda osebnostna motnja
Težave prizadenejo le določena področja osebnostnega funkcioniranja in v določenih kontekstih lahko ostanejo neopažene.	Težave prizadenejo številna področja osebnostnega funkcioniranja (npr. občutek identitete ali lastnega selfa, zmožnost oblikovanja intimnih odnosov, nadzorovanja impulzov ali spreminjanja vedenja). Ob tem so določena področja osebnostnega funkcioniranja manj prizadeta.	Prisotne so hude težave na področju delovanja selfa (npr. self je tako nestabilen, da posameznik poroča o občutku, da ne ve, kdo je, ali je tako rigiden, da se vključuje le v izredno ozek nabor aktivnosti; samopodoba je opredeljena z izrazitim samoprezirom ali pa je grandiozna ali nadvse ekscentrična).
Težave se pojavljajo v številnih medosebnih odnosih in/ali pri izpolnjevanju pričakovanih poklicnih in socialnih vlog, vendar oseba vzdržuje nekatere medosebne odnose in/ali izpolnjuje nekatere izmed svojih vlog.	Prisotne so opazne težave v večini medosebnih odnosov, zmožnost funkcioniranja v večini socialnih ter poklicnih vlog je v vsaj določeni meri okrnjena. Odnose običajno zaznamujejo konflikti, izogibanje, umiki ali ekstremna odvisnost (npr. malo prijateljstev, vztrajajoči konflikti v delovnem okolju, resne motnje ali neprimerna podredljivost v intimnih odnosih).	Težave v medosebnih odnosih pomembno prizadenejo večinoma vse odnose in oseba je nesposobna izpolnjevati pričakovane socialne in poklicne vloge oz. je njena zmožnost na tem področju izrazito zmanjšana.
Specifični simptomi osebnostne motnje so običajno blago izraženi.	Specifični simptomi osebnostne motnje so običajno zmerno izraženi.	Specifični simptomi osebnostne motnje so hudo izraženi in prizadenejo večino, če ne celo vsa področja osebnostnega funkcioniranja.
Običajno ni povezana s pomembnim povzročanjem škode sebi ali drugim.	Včasih je povezana s povzročanjem škode sebi ali drugim.	Pogosto je povezana s povzročanjem škode sebi ali drugim.
Lahko je povezana s pomembno stisko pri posamezniku ali s pomembno oškodovanostjo na osebnem, družinskem, socialnem, izobraževalnem, poklicnem ali drugem pomembnem področju življenja posameznika, ki pa je bodisi omejena le na nekatera področja delovanja bodisi je prisotna na več področjih, vendar v blagi obliki.	Povzroča pomembno prizadetost na osebnem, družinskem, socialnem, izobraževalnem, poklicnem ali drugem pomembnem področju življenja posameznika, čeprav je funkcioniranje na posameznih področjih lahko ohranjeno.	Povzroča hudo prizadetost na vseh ali skoraj vseh področjih življenja posameznika.

Druga tabela nam pomaga pri odločitvi, ali gre za blago, zmerno ali hudo osebnostno motnjo, glede na prizadetost različnih področij osebnostnega funkcioniranja.

Blaga osebnostna motnja	Zmerna osebnostna motnja	Huda osebnostna motnja
Posameznikovo dojetje samega sebe je v blagem nasprotju s tem, kako ga vidi okolica.	Posameznikovo dojetje samega sebe lahko v kriznih situacijah postane inkoherentno.	Posameznikovo dojetje samega sebe je povsem nerealno, nestabilno in kontradiktorno.
Težko okrevanje po tem, ko je prizadeta posameznikova samozavest.	Težave pri vzdrževanju pozitivne samozavesti ali nerealno visoka samopodoba, ki ni odzivna na zunanje dokaze o nasprotnem.	Izrazite težave z regulacijo samozavesti, doživljanjem in izražanjem čustev, impulzov in drugih aspektov vedenja.
Omejena sposobnost za postavljanje in doseganje ciljev, težave pri premagovanju tudi manjših ovir.	Slaba regulacija čustev, ob soočanju z zunanjimi preprekami posameznik hitro postane vznemirjen ali obupa; ali pa nesmiselno vztraja pri realno nedosegljivih ciljih.	Posameznik je v glavnem nesposoben postavljanja in doseganja realističnih ciljev.
Posameznik ima konflikte z nadrejenimi in sodelavci, vendar v splošnem ohranja zaposlitev.	Izkazuje malo pristnega zanimanja in truda za redno zaposlitev.	Posameznik ne želi ali ne zmore obdržati redne zaposlitve zaradi pomanjkanja interesa ali truda, doseganja slabih rezultatov, medosebnih težav ali neprimerne vedenja.
Posameznikova omejena sposobnost razumeti in upoštevati perspektivo drugega predstavlja težave pri vzpostavljanju bližnjih in medsebojno zadovoljujočih odnosov.	Pomembne omejitve pri razumevanju in upoštevanju perspektive drugega ovirajo vzpostavljanje bližnjih in medosebno zadovoljujočih odnosov.	Posameznikovi medosebni odnosi, če jih ima, niso vzajemni, so površinski, izjemno enostranski, nestabilni in/ali konfliktni, pogosto vse do točke nasilja.
Lahko je prisotna odtujenost v nekaterih odnosih, pogosteje pa so v le-teh prisotni pogosti manjši konflikti, ki pa ne povzročajo trajnejših motenj; ali pa je v odnosih prisotna odvisnost ali izogibanje konfliktom, tudi na račun podrejanja drugim v lastno škodo.	V posameznikovih odnosih so problemi trajni in vztrajni, lahko vključujejo pogoste, resne in nepredvidljive konflikte, odnosi so tipično enostranski.	Družinski odnosi so neobstoječi ali pa zaznamovani z izrazitimi konflikti. Posameznik ima hude težave pri sprejemanju neželenih čustev (npr. ne prepozna jeze, žalosti, ipd.).
V stresnih okoliščinah se lahko pojavijo nekatere distorzije pri razumevanju situacij in medosebnih odnosov, vendar realitetna kontrola ni okrnjena.	V stresnih okoliščinah se pojavljajo pomembne distorzije v razumevanju situacij ali medosebnih odnosov, lahko se pojavljajo blaga disociativna stanja ali psihotičnim podobna prepričanja ali zaznave.	V stresnih okoliščinah se pojavljajo ekstremne distorzije v razumevanju situacij ali medosebnih odnosov, pogosta so disociativna stanja ali psihotičnim podobna prepričanja ali zaznave.

Tabeli sta nam v pomoč že pri prvem koraku, saj lahko opis blage osebnostne motnje uporabimo kot screening za diagnozo osebnostne motnje. Če menimo, da pacient ima nekaj težav v osebnostnem funkcioniranju, vendar ne dovolj za diagnozo vsaj blage osebnostne motnje, diagnosticiramo zgolj osebnostne težave.

Če delujemo v okolju, kjer osebnostni patologiji ne dajemo posebnega poudarka, ali pa kadar o pacientu preprosto nimamo dovolj podatkov, smo po dveh korakih prišli do končne diagnoze. Sicer jo lahko dopolnimo še z dvema izbirnima korakoma.

V tretjem lahko opredelimo osebnostne lastnosti,

ki pri dotičnem pacientu prispevajo k motnji. S tem so v celoti nadomeščene prejšnje specifične osebnostne motnje. Pri posamezniku lahko opredelimo več lastnosti, kar v večini primerov nakazuje na močnejše izraženo osebnostno patologijo³ in nadomesti prejšnjo komorbidnost, ko smo pri posamezniku diagnosticirali več kot eno specifično motnjo.

³ Kar pa ni pravilo, saj lahko pri posamezniku ena sama osebnostna lastnost (npr. disocialnost) povzroča dovolj velike težave, da opravičuje diagnozo hude osebnostne motnje.

Osebnostne poteze so prikazane v tabeli.

Osebnostna poteza	Jedrna definicija	Podrobnejši opis
Negativno čustvovanje	Doživljanje širokega spektra negativnih čustev s pogostostjo in intenzivnostjo, ki ni v skladu s posameznikovo objektivno situacijo.	Tesnobnost, jeza, zaskrbljenost, ranljivost, sovražnost, sram, depresivnost, pesimizem, krivda, nizka samopodoba, nezaupljivost, zanašanje na druge za pomiritev v neprijetnih stanjih.
Odtujenost	Nagnjenost k vzdrževanju socialne in čustvene distance.	Izogibanje socialnim interakcijam, odsotnost prijateljstev, izogibanje intimnosti. Rezerviranost, odtujenost, omejeno doživljanje in izražanje čustev.
Disocialnost	Zanemarjanje pravic in občutkov drugih, vključujoč samoosredotočenost in pomanjkanje empatije.	Občutek upravičenosti, pričakovanje občudovanja, iskanje pozornosti. Prevarantstvo, manipulativnost, izkoriščanje, trdosrčnost, užitek v trpljenju drugih. Jeza in poniževanje kot odgovor na umanjkanje občudovanja s strani okolice.
Dezinhibiranost	Nagnjenost k hitremu reagiranju na notranje in zunanje dražljaje brez upoštevanja posledic.	Impulzivnost, odkrenljivost, neodgovornost, malomarnost, pomanjkanje načrtovanja.
Anankastičnost	Osredotočenost na lastne rigidne standarde glede popolnosti in pravilnosti ter nadzorovanje svojega in tujega vedenja za doseganje le-teh.	Perfekcionizem pri pravilih, razlikovanju pravnarobe in podrobnostih; natančno planiranje, urejenost. Rigidno nadzorovanje izražanja čustev, trmoglavost, previdnost, premišljenost.

V zadnjem, prav tako izbirnem koraku, določimo, ali je pri pacientu prisoten vzorec mejnosti.

Diagnostično merilo za mejni vzorec je prisotnost vsaj petih od naslednjih devet značilnosti:

1. kronični občutki praznine,
2. ponavljajoče se epizode samopoškodovanja,
3. mrzlično izogibanje dejanski ali namišljeni zapustitvi,
4. vzorec nestabilnih in intenzivnih medosebnih odnosov,
5. neprimerno močna jeza ali težave z obvladovanjem jeze,
6. čustvena nestabilnost kot posledica izrazite reaktivnosti razpoloženja,
7. motnje identitete, ki se izražajo kot nestabilna samopodoba ali nejasen občutek selfa,
8. nagnjenost k nepremišljenim dejanjem pod vplivom močnih negativnih afektov, kar vodi v potencialno ogrožajoča vedenja,

9. prehodni disociativni simptomi ali psihozi podobni simptomi v čustveno intenzivnih situacijah.

Opis je vsebinsko zelo blizu prejšnjim merilom za mejni tip čustveno neuravnovešene osebnostne motnje.

Povezava z MKB-10

V nasprotju z DSM-5, kot bomo videli kasneje, MKB-11 ne vsebuje nobene povezave s prejšnjo revizijo in z dozrajšjim razumevanjem osebnostnih motenj; prejšnje specifične osebnostne motnje v celoti nadomestijo osebnostne lastnosti. Seveda pa mora obstajati način, kako iz starih pridemo na nove diagnoze. Spodnji je povzet po Bachu in Firstu [11] za devet osebnostnih motenj iz MKB-10.

Osebnostna motnja v MKB-10	Osebnostne poteze v MKB-11
Paranoidna	Negativno čustvovanje, odtujenost
Shizoidna	Odtujenost, odsotnost negativnega čustvovanja ⁴
Disocialna	Disocialnost, dezinhibirnost, odsotnost negativnega čustvovanja
Čustveno nestabilna	Negativno čustvovanje, dezinhibirnost, disocialnost
Histrionična	Disocialnost, dezinhibirnost, negativno čustvovanje, odsotnost odtujenosti
Anankastična	Anankastičnost, odsotnost dezinhibirnosti, negativno čustvovanje
Bojazljivostna	Negativno čustvovanje, odtujenost, odsotnost disocialnosti
Odvisnostna	Negativno čustvovanje, odsotnost disocialnosti
Narcisistična (druga)	Disocialnost, negativno čustvovanje

Shizotipska motnja je tudi v 11. reviziji MKB obravnavana v poglavju Shizofrenija in druge primarne psihotične motnje.

Dimenzionalni modeli: DMS-5 (alternativni)

DSM-5 poleg že obravnavanega, klasičnega kategoričnega modela, v sekciji III: Razvijajoča se merila in modeli vsebuje še alternativno, dimenzionalno klasifikacijo osebnostnih motenj. Diagnosticanje poteka v dveh korakih, ki sta oba obvezna; diagnozo postavimo z določanjem ravni oškodovanosti osebnostnega funkcioniranja in pa specifičnih, patoloških osebnostnih potez. Ko določimo patološke osebnostne poteze, lahko z njimi vseeno pridemo do nekaterih znanih specifičnih osebnostnih motenj (antisocialna, izogibajoča, mejna, narcisistična, obsesivno-kompulzivna in shizotipska) ali pa postavimo diagnozo zgolj s poljubnimi osebnostnimi lastnostmi.

⁴Nekaterih osebnostnih motenj ne definira prevelika izraženost ene izmed opisanih osebnostnih potez, temveč ravno nasprotno, premajhna izraženost oz. odsotnost le-te, kar nas opominja na to, da vse osebnostne lastnosti obstajajo na spektru, in da ni patološki obstoj samega spektra, ampak le pomik na skrajni rob le-tega. Tako popolna odsotnost negativnega čustvovanja pomeni nesposobnost občutiti krivdo ali sram, odsotnost dezinhibirnosti rigiden perfekcionizem, odsotnost vsakršne disocialnosti pa tudi odsotnost zdrave asertivnosti s pretiranim sočustvovanjem in podrejanjem željam drugih.

Nova splošna merila za osebnostno motnjo so prikazana v tabeli.

Diagnostična merila za osebnostno motnjo po alternativnem modelu DSM-5

- A.** vsaj zmerna (raven 2) oškodovanost v osebnostnem (self/medosebnem) funkcioniranju,
- B.** ena ali več patoloških osebnostnih potez,
- C.** okvara v osebnostnem funkcioniranju in izražene osebnostne poteze so relativno nefleksibilne in vztrajajo skozi širok spekter osebnih in socialnih situacij,
- D.** okvara v osebnostnem funkcioniranju in izražene osebnostne poteze so relativno stabilne skozi čas, začetek tega vsaj v adolescenco ali zgodnjo odraslo dobo,
- E.** okvare v osebnostnem funkcioniranju in izraženih osebnostnih potez ne pojasni bolje druga duševna motnja,
- F.** okvara v osebnostnem funkcioniranju in izražene posameznikove osebnostne poteze niso posledice fiziološkega učinka substance ali somatskega stanja, npr. hude poškodbe glave,
- G.** okvare v osebnostnem funkcioniranju in izraženih osebnostnih potez ne moremo boljše pojasniti kot normalnega dela posameznikove razvojne stopnje ali sociokulturnega okolja.

Diagnostična merila niso identična tistim iz sekcije II DSM-5, vendar pa je zares nova le vključitev ene ali več patoloških osebnostnih potez, sicer obe definiciji zahtevata oškodovanost na več področjih, trajnost (vsaj od zgodnje odrasle dobe) in nefleksibilnost osebnostnega funkcioniranja, ki ne sme biti del normalnega kulturnega okolja ali posledica učinka substanc, druge duševne ali telesne bolezni.

Na področju osebnostnega funkcioniranja ocenjujemo delovanje selfa (identiteta in samousmeritev) in medosebno delovanje (empatija in intimnost). S pomočjo tabele, ki jo bomo v besedilu zaradi obsežnosti izpustili, prek vrednotenja težav na zgoraj opisanih področjih določimo raven oškodovanosti osebnostnega funkcioniranja, in sicer od brez oškodovanosti (raven 0), prek blage, zmerne

in hude do ekstremne oškodovanosti (raven 4). Za diagnozo osebnostne motnje mora biti prisotna vsaj zmerna oškodovanost (raven 2). Uporabnost lestvice pa presega binarno ločevanje med prisotnostjo in odsotnostjo osebnostne motnje, saj z njeno pomočjo tudi opredelimo, kako močno izražena je osebnostna patologija pri posamezniku z motnjo (ekvivalent blagi, zmerni in hudi osebnostni motnji po MKB-11), ali pa ugotovimo podprazne patološke osebnostne poteze (raven 1), podobno kot v MKB-11.

Naslednji, v DSM-5 obvezen, korak je opredelitev osebnostnih lastnosti. Izbiramo med 25-imi lastnostmi, ki so prikazane v spodnji tabeli in razporejene v pet širših osebnostnih potez.

Osebnostne poteze in lastnosti v DSM-5 (alternativni model)

Osebnostna poteza in njeno nasprotje	Specifične osebnostne lastnosti
Negativno čustvovanje (čustvena stabilnost)	Čustvena nestabilnost, tesnoba, separacijska negotovost, področljivost, sovražnost, perseverativnost.
Odtujenost (ekstravertiranost)	Umik, izogibanje intimnosti, anhedonija, depresivnost, omejeno čustvovanje, sumničavost.
Disociacija (sprejemljivost)	Manipulativnost, prevarantstvo, grandioznost, iskanje pozornosti, trdosrčnost.
Dezinhibiriranost (vestnost)	Neodgovornost, impulzivnost, odkrenljivost, iskanje tveganja, rigidni perfekcionizem (oz. odsotnost le-tega).
Psihoticizem (lucidnost)	Nenavadna prepričanja in doživljanja, ekscentričnost, kognitivna in zaznavna disregulacija.

Vseh pet osebnostnih potez predstavlja osi spektra, pri čemer je na enem koncu osebnostna lastnost, na drugem koncu pa njeno nasprotje. Pri tem ni patološka sama lastnost, ampak zgolj njena ekstremna izraženost ali neizraženost.

Kot smo že povedali, lahko diagnozo zdaj postavimo na dva različna načina, bodisi s poljubnimi osebnostnimi lastnostmi ali pa prek določenih osebnostnih lastnosti prispemo do nekaterih iz prejšnjih klasifikacij znanih osebnostnih motenj.

Poglejmo primer: za diagnozo antisocialne motnje tako potrebujemo vsaj zmerno oškodovanost (raven 2) s specifičnimi deficiti na vsaj dveh domenah osebnostnega funkcioniranja (identi-

teta, samousmeritev, empatija, intimnost) in pa vsaj šest od sedmih definiranih osebnostnih lastnosti (manipulativnost, trdosrčnost, prevarantstvo, sovražnost, iskanje tveganja, impulzivnost, neodgovornost), ki vse sodijo v širši osebnostni potezi antagonizma in dezinhibiriranosti.

Če menimo, da k osebnostni motnji pomembno prispevajo še druge osebnostne lastnosti, ki niso opisane v merilih, jih dodamo k diagnozi. Prav tako opredelimo, ali je prizadetost osebnostnega funkcioniranja zmerna, huda ali ekstremna.

Sprememba: teoretične dileme

V besedilu smo že pregledali vse štiri relevantne modele. Poglejmo nekaj kritik starih modelov, ki nam bodo pomagale razumeti, zakaj se je v obeh klasifikacijah zgodila tako radikalna sprememba, in pa nekatere od številnim dilem, ko so se pojavljale in se še pojavljajo glede novega razumevanja osebnostne patologije.

Pri starih klasifikacijah je bila kritika pogosto usmerjena v to, da izhajajo iz predpostavk, da so osebnostne motnje ločene entitete, ki se jasno razlikujejo od zdravih osebnosti, jasno razlikujejo med seboj in so znotraj kategorije homogene [13]. V nasprotju s tem številne raziskave kažejo, da obstaja kontinuum med zdravo in patološko osebnostjo [14, 15]. V epidemioloških in kliničnih študijah dokazana izjemno visoka komorbidnost med različnimi osebnostnimi motnjami pa se po mnenju mnogih avtorjev lahko pojasni le s tem, da ločene kategorije, vsaj v trenutno definirani obliki, ne obstajajo [16]. V praksi se, verjetno tudi zaradi tega, pogosto zgodi, da pacienti dobijo diagnozo neopredeljene osebnostne motnje, ki nam ne pove ničesar o psihopatologiji pri specifičnem pacientu, in ki nam tudi ne more biti v pomoč pri načrtovanju specifičnega zdravljenja.

Na težave pri načrtovanju z dokazi podprtega zdravljenja in iskanju strokovne literature na sploh pa naletimo tudi pri postavljeni diagnozi specifične osebnostne motnje. Študija iz leta 2000 je pokazala, da v strokovni literaturi najdemo obsežen raziskovalni opus na področju mejne osebnostne motnje, medtem ko je raziskovanje na področju nekaterih drugih kategoričnih osebnostnih motenj v zadnjih desetletjih zamirajoče ali mrtvo [17].

Kljub temu obstaja skrb, da se s popolnim izbrisom prejšnjih kategorij zanemari nemalo teoretične misli in kliničnih izkušenj, ki so zbrane okrog klasičnega razumevanja osebnostne patologije. V psihoanalitični misli lahko skozi zadnje stoletje sledimo razvoju od prvih teorij o etiologiji in intrapsihičnih mehanizmih v ozadju osebnostne patologije [18, 19] do sodobnih zaokroženih celot o obravnavi pacientov z osebnostno patologijo s psihoanalitičnega stališča⁵ [20]. Enako obstaja v vedenjsko-kognitivni tradiciji razvit celosten pogled na (kategorično definirane)

osebnostne motnje [21]. Na področju nevroznanosti najdemo številne raziskave, ki se dotikajo različnih področij, npr. dednosti (kategorično definiranih) osebnostnih motenj [22], nevrobiološke osnove psihoterapije osebnostnih motenj [23] itd. Raziskovanje na področju mejne osebnostne motnje pa je tudi v zadnjih dveh desetletjih še kako živo. Medtem se raziskave, ki podpirajo model osebnostnih lastnosti, zaenkrat osredotočajo predvsem na lastnosti kot takšne, umanjka pa teorija o tem, zakaj in kako posamezniki razvijejo posamezne osebnostne lastnosti, kako funkcionirajo in kaj to pomeni za klinično delo. Z vsem tem v mislih lahko pozdravimo dejstvo, da MKB-11 v novem modelu ohrani vsaj idejo mejnosti, čeprav v nekoliko drugačni obliki kot prej.

Ena glasnejših kritik glede spremembe klasifikacijskega sistema se je pojavila leta 2010, torej v času oblikovanja novega modela v DSM-5, s strani številnih vodilnih avtorjev s področja osebnostnih motenj z različnimi ozadji (od psihoanalitičnega in psihodinamskega do vedenjsko-kognitivnega). Shedler, Beck, Fonagy, Gabbard, Gunderson, Kernberg in drugi so v skupnem pismu pozdravili uvedbo stopenj osebnostne oškodovanosti v novem modelu, sicer pa so razvijajoči se model ocenili kot preveč zapletenega, da bi imel pravo uporabno vrednost [24]. Res je, da je bila kritika podana na preliminarno verzijo in da je model v končni obliki nekoliko enostavnejši, vendar pa se pismo v svojem jedru dotika še drugega problema, na katerega sta Kernberg in Caligor opozorila že leta 2004: namreč da pet velikih osebnostnih potez morda dobro opiše normalno osebnost, ne pa nujno tudi osebnostne patologije [25]. V pismu leta 2010 avtorji navajajo, da model podpirajo predvsem avtorji s psihološkim ozadjem, ki raziskujejo osebnostne poteze v splošni populaciji, in manj avtorji s klinično izkušnjo dela z globoko osebnostno oškodovanimi pacienti. Avtorji pisma koncepte, opisane v prejšnjih kategoričnih modelih, razumejo kot prototipe (tj. ne nujno kot jasno definirane klinične entitete), zagovarjajo njihov obstoj in klinično ter teoretično znanje, ki se je nabralo okrog njih. Dalje isti avtorji opozarjajo še, da smo ljudje nagnjeni k razmišljanju o prototipih, in da tudi kognitivne raziskave potrjujejo, da je diagnostika v osnovi razmišljanje o kategorijah in razvrščanje problema pred nami v eno izmed kategorij na osnovi podobnosti z enim od prototipov [26–29], ter da je novi model tako kontraintuitiven. Brezovar [30] v svoji knjigi o prepoznavanju in obravnavi osebnostnih

⁵ V psihoanalitični misli je razumevanje osebnostne patologije sicer od samega začetka dimenzionalno. V svoji knjigi o osebnostni patologiji McWilliams v odgovor znancu, ki pravi, da je situacija povsem preprosta, saj se ljudje ločijo samo na nore in ne-nore, zapiše, da po psihoanalitičnem razumevanju sicer vsi delujemo tudi do neke mere iracionalno, vendar pa sta pomembni dve vprašanji, namreč: 1) Koliko nor je nekdo? in 2) Na kakšen specifičen način?

motenj po tem, ko poda vse argumente v prid dimenzionalnega modela, podobno zapiše, da bo popolna opustitev kategorij v kliničnem svetu vendarle težka, saj smo vajeni razmišljanja na ta način, in da če jih vzamemo manj togo in ne kot rigidne klinične entitete, temveč zgolj kot prototipe, tipi osebnostnih motenj vsekakor imajo svoje mesto v kliničnem razmišljanju.

Prva velika sprememba, menjava osebnostnih kategorij oz. prototipov z osebnostnimi lastnostmi, torej med kliniki in raziskovalci zbuja mešane odzive. Na bolj pozitivne odzive je naletela uvedba različnih ravni osebnostne patologije. Sprememba je v skladu z že omenjenimi raziskavami, ki kažejo, da osebno-stno funkcioniranje obstaja na spektru med zdravim in patološkim [14, 15], poleg tega pa ima tudi velik klinični pomen. Raziskave namreč kažejo, da obstajajo klinično pomembne razlike v smislu psihiatrične komorbidnosti in splošnega funkcioniranja med pacienti z različno izraženostjo osebnostne patologije [31].

Kaj pa praksa?

Poglejmo na nekaj primerih, kako se teoretične dileme prevedejo v klinično delo.

Najprej si zamislimo, da imamo pred seboj pacienta, ki bi mu po prejšnjih klasifikacijskih sistemih diagnosticirali paranoidno osebnostno motnjo. Sicer je res, da ima bolnik močno izraženo negativno čustvovanje in odtujenost, vendar se le-to zdi še bolj umeten opis, kot so bili prejšnji kategorični opisi vedenj in simptomov. Kolega, ki mu opišemo pacienta z zmerno osebnostno motnjo z omenjenima osebnostnima lastnostma, si bo težko predstavljal, o kakšen človeku govorimo in kakšne so njegove težave. Pri klasični prezentaciji se zdijo stare kategorije povsem ustrezne, pojavi se lahko dvom, zakaj ne bi raje rekli, da gre za človeka z zmerno osebnostno motnjo s paranoidnimi potezami. Enako lahko pomislimo ob mnogih pacientih, ki izpolnjujejo prav vsa simptomatska merila za mejno osebnostno motnjo.

Po drugi strani pa se zlahka spomnimo na kakega izmed svojih bolnikov, ki ima brez dvoma močno izraženo osebnostno motnjo, vendar pa ne gre za eno izmed kategorično definiranih. Morda gre za v osnovi nadvse rigidnega človeka z močno izraženimi narcisističnimi potezami, ki ima hkrati intenzivna nihanja razpoloženja, v medosebnih odnosih pa pogosto odreagira paranoidno in z impulzivnim vedenjem. V kategoričnem sistemu lahko bolniku postavimo zgolj diagnozo neopredeljene osebnostne motnje, ki pacientu samemu in kolegom pove malo. V dimenzionalnem modelu lahko postavimo diagnozo z ustrezno izraženostjo osebnostne patologije in ustreznimi osebnostnimi lastnostmi. Kot zadnji primer si zamislimo še pacientko srednjih let, ki ima funkcionalno družino, več kvalitetnih dolgoletnih prijateljstev in izpopolnjujočo kariero. K nam pride zaradi prve depresivne epizode, ki se je razvila po konfliktu z novo nadrejeno na delovnem mestu. Kljub ustrezni medikaciji zdravljenje ne gre po pričakovanjih, med obravnavo pa ugotavljamo, da gre za žensko z vse življenje prisotno nizko samopodobo, ki se pretirano boji kritike drugih in se zaradi tega tudi izogiba vodstvenim položajem ter težko spoznava nove ljudi. Ob tem ves čas zadovoljivo funkcionira in nikakor ne izpolnjuje splošnih meril za osebnostno motnjo. Kljub temu prepoznamo, da ji njene pretirano poudarjene osebnostne poteze povzročajo vsaj nekaj težav in pomembno vplivajo na potek in zdravljenje depresivne epizode. Dimenzionalni model omogoča, da poleg depresivne epizode diagnosticiramo še osebnostne težave po MKB-11 ali blago osebnostno oškodovanost (raven 1) z anksioznostjo, podredljivostjo in umikom po DSM-5. Diagnoza ima klinično vrednost tako v komunikaciji s pacientko kot s kolegi.

Zaključek

Novi klasifikaciji nista brez slabosti, vsekakor pa sta velik premik naprej. Sama bom v opisovanju osebnostne patologije pogrešala zdaj popolnoma izbrisane prototipe specifičnih osebnostnih motenj. Upam pa, da bo premik od prototipov, ki so se razvijali znotraj razmišljanja o psihopatologiji, k osebnostnim lastnostim, ki izhajajo iz modela normalne osebnosti, s seboj prinesel še kako potrebno zmanjšanje stigmatizacije pacientov z osebnostno patologijo.

V resnici pa temeljna sprememba, ki jo prinašata alternativni model DSM-5 in za naš prostor bolj relevanten MKB-11, ni menjava specifičnih osebnostnih motenj za osebnostne lastnosti. Le-te so v obeh novih sistemih sekundarnega pomena. V jedro diagnoze je po novem postavljeno osebnostno funkcioniranje, ki je bilo v prejšnjem modelu popolnoma zanemarjeno. Po novem tako centralno vprašanje ni več, kakšne vrste, ampak kako hudo osebnostno patologijo ima pacient, kar sama vidim kot nedvomno pozitivno spremembo.

Prispevek bi zaključila z mislijo, da nas radikalna sprememba v klasifikaciji opominja, kako veliko je še neodgovorjenega na tem področju in hkrati namiguje na to, kako nepopolni so klasifikacijski sistemi sami po sebi. Namreč, ne glede na to, kako točen model razvijemo, le-ta nikoli ne bo mogel v celoti opisati edinstvenega, kompleksnega človeka, enako kot noben izmed mnogih različnih zemljevidov ne more v celoti zajeti pokrajine.

Literatura

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*. Arlington.
2. Beckwith, H., Moran, P. F., & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personality and mental health*.
3. Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*.
4. Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*.
5. Fok, M. L. Y., Hayes, R. D., Chang, C. K., Stewart, R., Callard, F. J., & Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*.
6. Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*.
7. Emmelkamp, P. M. G., & Kamphuis, J. H. (2013). Personality disorders. *Personality Disorders*.
8. World Health Organisation. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.
9. World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*.
10. World Health Organization. (2018). *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders*. Retrieved from <https://gcp.network/en/private/icd-11-%0Aguidelines/disorders>
11. Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*.
12. Verheul, R., & Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*.
13. Erdberg, P. (2007). Rorschach Assessment of Personality Disorders. Pariz: XXII. mednarodni kongres Združenja za Rorschachov preizkus in ostale projekcijske tehnike.
14. Pukrop, R., Herpertz, S., Sass, H., & Steinmeyer, E. M. (1998). Special feature: personality and personality disorders. A facet theoretical analysis of the similarity relationships. *Journal of personality disorders*, 12(3), 226–246.
15. Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W. J., & Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of personality disorders*, 19(3), 315–338.
16. Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*.
17. Blashfield, R. K., & Intoccia, V. (2000). Growth of the literature on the topic of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*.
18. Freud, S. (1914). On narcissism: an introduction SE 14.
19. Klein, M. (2018). Notes on some schizoid mechanisms. In *Developments in Psychoanalysis*.
20. McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis, Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: The Guilford Press.
21. Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders., 3rd ed. In Cognitive therapy of personality disorders*.
22. Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., ... Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*.
23. Mancke, F., Schmitt, R., Winter, D., Niedtfeld, I., Herpertz, S. C., & Schmahl, C. (2018). Assessing the marks of change: how psychotherapy alters the brain structure in women with borderline personality disorder. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 43(3), 171–181.
24. Shedler, J., Beck, A., Fonagy, P., Gabbard, G. O., Gunderson, J., Kernberg, O., ... Westen, D. (2010). Personality disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*.

25. Kernberg, O., & Caligor, E. (2004). *A psychoanalytic Theory of Personality Disorders (Second Edi.)*. New York: The Guilford Press.
 26. Rosch, E. (1975). Cognitive representations of semantic categories. *Journal of Experimental Psychology: General*.
 27. Cantor, N., & Genero, N. (1986). Psychiatric diagnosis and natural categorization: A close analogy. In *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*.
 28. Horowitz, L. M., Wright, J. C., Lowenstein, E., & Parad, H. W. (1981). The prototype as a construct in abnormal psychology: I. A method for deriving prototypes. *Journal of Abnormal Psychology*.
 29. Kim, N. S., & Ahn, W. K. (2002). Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology: General*.
 30. Brezovar, S. (2019). *Osebnostne motnje v teoriji in praksi*. Ljubljana: UMco.
 31. Karukivi, M., Vahlberg, T., Horjamo, K., Nevalainen, M., & Korkeila, J. (2017). Clinical importance of personality difficulties: Diagnostically sub-threshold personality disorders. *BMC Psychiatry*.
 32. Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
-

