

DIAGNOSTICIRANJE MEJNE OSEBNOSTNE MOTNJE V SLOVENIJI

*Vladimir Auer**

Izvleček

Izhodišča. Mejna (borderline) osebnostna motnja (MOM) je multidimenzionalna motnja z več etiološkimi, kliničnimi in nozološkimi neznankami, različnimi teoretičnimi pogledi nanjo ter različnim pojmovanjem in diagnosticiranjem v praksi.

Metode. V štirih slovenskih psihiatričnih bolnišnicah sem pregledal popise 102 pacientov, pri katerih se je ta diagnoza pojavila vsaj v eni od hospitalizacij in zabeležil podatke, ki osvetljujejo pojmovanje in rabo te diagnoze.

Rezultati. Večina pacientov v raziskavi je dobila (bodisi pred, sočasno ali po diagnozi MOM-borderline) tudi več drugih diagnoz, največ iz kroga psihoz, odvisnosti in depresij. Ocena (verjetne) primarne motnje je pokazala, da je imelo 22,9% pacientov v raziskavi MOM, 13,6% pa (njej najbližjo) čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo (ČNOM)-impulzivni tip. Ostale primarne motnje so bile: shizofrenija v 19,8%, manično-depresivna motnja v 6,3%, motnje pozornosti s hiperkinetičnostjo (ADHD) v 8,3% in duševna manjrazvitost v 5,2%.

Zaključek. Psihatri v Sloveniji diagnozo MOM uporabljajo na več načinov, v veliki meri tudi kot izraz različnih teroretičnih pogledov nanjo. Poleg osebne motnje z njo često opredelijo nejasno (latentno) klinično sliko na meji psihoz, mejno osebnostno organiziranost ipd. MOM in ČNOM je imelo 36,5% pacientov v raziskavi, drugi pa so imeli (verjetno) druge primarne motnje, najpogosteje (19,8%) shizofrenijo, manično-depresivno motnjo (6,3%) in motnje pozornosti s hiperkinetičnostjo (8,3%).

* Mag. Vladimir Auer, dr. med. Psihiatrična bolnišnica, Ptujška c.33, 2270 Ormož.

Uvod

Pojem mejne osebnostne motnje (MOM) se je pojavil l. 1938 in se izoblikoval skozi tri obdobja: od prvotnega pojmovanja "mejne osebnostne organiziranosti", ki ima največ pristašev med psihodinamsko usmerjenimi strokovnjaki in velja za vzorčni primer nezrelih obrambnih mehanizmov (cepitve in projektivne identifikacije), preko "sindroma mejnega primera" (po katerem je "borderline" latentna oblika psihoze) do pojma "mejne osebnostne motnje", ki pojmuje bolezen kot samostojno diagnostično enoto z natančno določenimi značilnostmi in mejami.

Pri pojmovanju MOM kot latentne oblike psihoze je bilo spočetka aktualno predvsem vprašanje zveze s shizofrenijo. Ko so ameriški psihiatri potrdili, da nedvomno ločijo paciente z MOM od tistih z mejno (latentno) shizofrenijo, so MOM leta 1980 vključili v DSM-III kot samostojno diagnostično kategorijo (v klasifikacijo svetovne zdravstvene organizacije MKB so jo vključili šele leta 1996 in še to le kot podtip čustveno neuravnovešene osebnostne motnje, kar kaže na zadržanost do tega pojma).

Odnos MOM do motenj razpoloženja je raziskovalo več avtorjev. Akiskal (1) je prepričan, da so pri večini oseb z MOM v ozadju motnje razpoloženja. Zaradi tega je njihovo vedenje nepredvidljivo, življenje viharno, zloraba psihoaktivnih snovi pogosta. Leta 1975 je raziskal sto primerov MOM. Ugotovil je, da jih kar 66 izpolnjuje kriterije za ciklotimijo ali ponavljajoče se bipolarni razpoloženski motnje, le 16 pa kriterije za shizotipsko motnjo. Pri ostalih je diagnosticiral disocialno osebnostno motnjo, panično motnjo, motnje pozornosti s hiperaktivnostjo (hiperkinetičnostjo) ter epilepsijo in njene posledice. Akiskal tudi meni, da osebe s to motnjo zaradi prirojenega nagnjenja do analiziranja duševnosti, egocentričnosti ter izrazite projekcije in cepitve pogosto razvijejo hudo negativen odnos do staršev, ki jim - včasih popolnoma nerealno - očitajo vse mogoče. Zato naj bi se terapevti izogibali brezpogojno verjeti (in s tem tudi pri pacientu spodbujati takšno prepričanje), da so bili starši "prave pošasti".

O težavni diferencialni diagnozi do bipolarnih motenj poročata Boltonova in Gunderson (2), ki opisujeta velika razhajanja med psihiatri, tako glede diagnoze kot glede zdravljenja, lahko tudi z resnimi posledicami za zdravljenje pacienta. Mnogi avtorji poudarjajo sorodnost z adolescentno krizo. Tudi mladostnik lahko hudo dvomi vase, krčevito išče svojo identiteto, se pritožuje nad notranjo praznino, mučita ga impulzivnost in labilnost čustev oziroma razpoloženja, njegovi medosebni odnosi pa so nestalni in viharni (3). Garnet s sod (4) je v raziskavi 21-ih mladostnikov (povprečne starosti 17-ih let) z diagnozo MOM ugotovila, da jih je dve leti kasneje le še tretjina izpolnjevala kriterije za to diagnozo.

Eden najbolj vnetih zagovornikov koncepta, da gre za popolnoma samostojno motnjo, pa je Gunderson (5), ki meni, da obstaja visok odstotek motenj razpoloženja samo pri tistih osebah z MOM, ki so imele te motnje kot sobolezen. Sčasoma je MOM postala ena od pomembnih točk razhajanj med pretežno biološko in pretežno psihodinamsko usmerjenimi šolami psihiatrije; Simonsen (6) meni, da je razpravljanje o mejni motnji neizogibno "odisejada" skozi glavne teme sodobne klasifikacije psihiatričnih bolezni.

Metode dela

V štirih slovenskih psihiatričnih bolnišnicah (Ormož, Pohorski dvor in Vojnik ter Psihiatrična klinika Ljubljana - KOKP, Polje) sem pregledal knjige odpustov pacientov od leta 1995 do leta 2000 ter med nekaj več kot 30.000 odpustnimi diagnozami izbral popise bolezni pacientov, pri katerih se je vsaj v enem zdravljenju pojavila diagnoza mejna osebnostna motnja (MOM), borderline ali čustveno neuravnovešena osebnostna motnja (ČNOM). Zabeležil sem starost in spol pacienta; število sprejemov v psihiatrično bolnišnico; koledarsko leto in starost pacienta ob hospitalizaciji, v kateri se je diagnoza MOM (borderline) prvič pojavila ter oznake in gesla (šifre) po mednarodni klasifikaciji bolezni. Zabeležil sem tudi vse druge diagnoze, ki so bile postavljene pri pacientih (bodisi v isti hospitalizaciji kot MOM, bodisi pred njo ali po njej); razloge za sprejem v psihiatrično bolnišnico ter psihopatološke fenomene pred sprejemom.

Rezultati

Med pregledanimi pacienti je bilo 31 (30,4%) žensk in 71 (69,6%) moških. Najpogostejše oznake (različice) za motnjo so bile: ČNOM (v 27,4%); borderline osebnostna motenost (v 25,0%); borderline (v 12,8%); borderline stanje (v 8,0%); mejna osebnostna strukturiranost (v 8,9%). V nadaljevanju za vse oznake uporabljam enoten izraz MOM (borderline).

Povprečna starost pacientov v času prvega sprejema je bila 28,3 leta, razpon pa od 14 do 66 let.

31 pacientov je bilo hospitaliziranih enkrat, 71 večkrat (od 2 do 20 krat).

Diagnoza MOM (borderline) je bila postavljena 137 krat; od tega 11 krat (v 8,0%) - sodeč po načinu klasifikacije z geslom (šifro) - kot oznaka za reaktivno psihozo, 7 krat (5,1%) za shizofrenijo in 1 krat (0,7%) za obsesivno-kompulzivno motnjo.

Druge diagnoze

Vsi pacienti, ki so bili v bolnišnici večkrat, so imeli poleg diagnoze MOM (borderline) še eno ali več (do osem) drugih diagnoz. V isti hospitalizaciji je bilo največ vzporednih diagnoz iz kroga odvisnosti, nato psihoz in depresij; v hospitalizaciji pred MOM je bil odstotek psihoz, odvisnosti in depresij približno enak, v hospitalizaciji po MOM pa jih je bilo največ (skoraj polovica) iz kroga psihoz (46,3%), zatem iz kroga odvisnosti.

Primerjava drugih (razen MOM) diagnoz v različnih hospitalizacijah

Tabela 1. Primerjava drugih diagnoz v isti hospitalizaciji kot MOM, pred in po njej.

Diagnoza	V isti hospitalizaciji	Pred MOM	Po MOM
odstotek			
Odvisnost	32,6	18,1	34,1
Psihoze	21,4	18,1	46,3
Depresije	21,4	16,9	9,7
Anksioznost	6,1	10,6	-
Osebnostne motnje	-	16,2	-

Razlogi za sprejem v psihiatrično bolnišnico

Primerjava med MOM in drugimi diagnozami kaže dokaj enako zastopanost razlogov; nekoliko večja je le pogostost akutne psihotičnosti pri MOM in poskusov samomora in agresivnosti pri drugih diagnozah (pri čemer razlike niso statistično pomembne).

Tabela 2. Razlogi za sprejem v psihiatrično bolnišnico.

Razlog hospitalizacij	MOM	Druge diagnoze
	odstotek	
poskus samomora	12,6	17,7
samomorilne misli in grožnje	15,6	12,6
samopoškodbe	3,0	2,0
depresivnost brez samomorilnosti	3,6	3,0
izbruhi agresivnosti	9,6	14,6
konfliktno in provokativno vedenje	5,4	3,5
akutna psihotičnost	29,5	19,2
panični napadi	2,4	2,0
sindrom odvisnosti od alkohola	9,0	7,6
odvisnost od drugih psihoaktivnih snovi	2,4	2,0
akutni alkoholni opoj	2,4	5,5

Psihopatološki fenomeni

Kot pomemben razlog sprejema v bolnišnico ter pomembno značilnost, po kateri naj bi se MOM razlikovala od drugih (predvsem psihotičnih) motenj, sem zabeležil psihopatološke fenomene, ki so jih doživljali pacienti pred sprejemom.

Tabela 3. Primerjava psihopatoloških fenomenov med MOM in drugimi diagnozami v absolutnih številkah.

Fenomen	MOM	Druge diagnoze
nanašalnost	7	3
veličinske blodnje	5	1
preganjalne blodnje	6	11
samoobtoževalne blodnje	2	4
blodnje razsvetljenja	2	3
erotomanske blodnje	2	1
incestne blodnje	1	2
veličavske konfabulacije	-	5
občutek vplivanja na misli	1	5
depersonalizacije	-	2

Verjetna primarna motnja

Pri vseh pacientih sem na osnovi najpogostejših drugih diagnoz in najznačilnejših elementov klinične slike postavil oceno verjetne primarne motnje. Ta je bila:

v 22,9% MOM;

v 13,6% ČNOM-impulzivni tip;

v 19,8% shizofrenija;

v 6,3% manično-depresivna motnja;

v 3,1% SOA;

v 4,2% alkoholna psihoza;

v 8,4% motnje pozornosti s hiperkinetičnostjo (ADHD);

v 5,2% primarna kognitivna manjzmožnost;

v 5,2% psihoorganski sindrom.

Razpravljanje

Analizo diagnosticiranja MOM v Sloveniji sem razdelil na neselektivni prikaz pojavljanja diagnoze MOM (borderline) ter drugih diagnoz, bodisi v isti, bodisi ob različnih hospitalizacijah ter selektivno oceno verjetne primarne motnje v ozadju MOM. V neselektivni prikazu pojavljanja različnih diagnoz se je pokazalo, da se ob tej diagnozi (pri istem pacientu) javljajo predvsem še diagnoze iz kroga psihoz, odvisnosti in depresij. Pogosto javljanje psihoz med hospitalizacijami po postavljeni diagnozi MOM (borderline) ter velik delež psihotičnih psihopatoloških fenomenov pri tej diagnozi govori za sorodnost motnje (oz njenega pojmovanja) s psihozami. Videti je, da kliniki psihotične epizode vrednotijo kot pomemben del borderline sindroma oziroma, da v primeru ne povsem jasne klinične slike zaradi manjše stigmatizacije bolnika pogosto uporabijo diagnozo "borderline" namesto psihoza.

Prikazi diagnoz, ki so se pojavljale pred MOM (borderline), skupaj z njo ali po

njej, razlogov hospitalizacije in psihopatoloških fenomenov, nakazujejo, da je šlo pri mnogih pacientih, ki so vsaj enkrat dobili diagnozo MOM (borderline), primarno verjetno za neko drugo motnjo, ki bi jo bilo mogoče oceniti tudi iz pregleda popisov. To sem storil, motnjo pa zaradi subjektivnega dejavnika pri ocenjevanju imenoval **verjetna* primarna motnja**.

Pri večini pacientov (79-ih - 77,5%) je bila verjetna primarna motnja tudi ena od (v popisih) postavljenih diagnoz; pri tistih, kjer ni bila, je bilo to najpogostejše (8 krat) pri motnjah pozornosti s hiperaktivnostjo (ADHD) oz njenih posledicah v odrasli dobi; 6 krat pri shizofreniji, po 2 krat pri manično-depresivni motnji, psihoorganskem sindromu in duševni manjrazvitosti ter po 1 krat pri obsesivno-kompulzivni motnji in shizoidni osebnostni motnji.

Visok odstotek nediagnosticirane ADHD oz. njenih posledic v odrasli dobi ne preseneča, saj za odrasle te diagnoze v klasifikaciji ni. Vendar je motnja pogosta, velikokrat jo srečamo zlasti pri odvisnih od psihoaktivnih snovi. Kaplan in Sadockov sinopsis psihiatrije (7) navaja, da naj bi prizadevala okrog 3 do 5 odstotkov šolskih otrok. Glede tega, koliko prizadetih naj bi motnja spremljala v odraslo dobo, navaja Kaplan 15 do 20 odstotkov, Biederman (8) pa 30 do 50 odstotkov. Iz teh podatkov je moč domnevati, da motnja prizadeva 1-2% odraslega prebivalstva, kar je vsaj toliko (ali celo več) kot je prevalenca shizofrenije.

Kot kriterije, da je šlo (verjetno) za ADHD oz. njene posledice v odrasli dobi, sem vzel kroničen potek s kontinuiteto iz otroštva, manjšo uspešnost v šoli, vedenjske motnje s kljubovalnostjo in prestopništvom, morebitno bivanje v posebnih vzgojnih zavodih ter klinične manifestacije, ki se predvsem ohranijo v odraslo dobo: impulzivnost, nagnjenost k odvisnosti od psihoaktivnih snovi ter manjšo socialno in poklicno uspešnost.

Z oceno verjetne primarne motnje je bilo moč razložiti tudi nekaj neobičajnosti iz neselektivnega pregleda popisov, na primer razmerje pacientov po spolu (69,6% moških in 30,4% žensk, kar je v nasprotju s podatki iz literature, ki

* O pojmu "verjeten", uporabljen v raziskovalni nalogi, obstajajo, kolikor vem, deljena mnenja. Nekateri menijo, da govori za premajhno natančnost, drugi, da gre za nujno (samo)kritičnost do rezultatov raziskovalnega dela. V pričujoči raziskavi bi besedo "verjetna" morda lahko izpustil, če bi se sam pogovarjal oziroma dlje časa v osebnih stikih sledil obravnavanim pacientom. Vendar bi to raziskavo zelo zapletlo, če ne sploh onemogočilo. Pa tudi potem bi bilo moje mnenje (diagnoza) zgolj eno od subjektivnih mnenj; način eksploracije, doživljanje pacienta in njegove psihopatologije - s tem pa tudi postavljanje diagnoze - so v psihiatriji pač subjektivni pojmi. S tem pristanemo pri vprašanju, ali se s proučevanjem postavljanja diagnoz v psihiatriji sploh splača ukvarjati, ali ima stroka (in pacienti) od tega kakšno korist? Odgovor na to prepuščam bralcu.

govorijo o dvakrat večji pogostosti motnje pri ženskah); upoštevajoč verjetno primarno motnjo, je bilo pri MOM dobrih 81 % žensk.

Zaključek

Raziskava potrjuje, da psihiatri v praksi - v veliki meri v skladu z različnimi teoretičnimi koncepti v razvoju pojma - mejno osebnostno motnjo (MOM) pojmujejo in diagnosticirajo na več načinov, poleg osebnostne motnje predvsem kot nejasno (latentno) klinično sliko na meji psihoz in mejno osebnostno organiziranost. Ocena verjetne primarne motnje pacientov v raziskavi je pokazala, da so bile najpogostejše primarne motnje pacientov (razen MOM in ČNOM) shizofrenija (v 19,8%), manično-depresivna motnja (v 6,3%) in motnje pozornosti s hiperkinetičnostjo (ADHD) oz. njene posledice v odrasli dobi (v 8,4%). Velik delež pravkar omenjene med nejasnimi oz. nediagnosticiranimi primeri kaže na to, da bi morali najbrž tej motnji med odraslimi z duševnimi motnjami, zlasti pri odvisnih, posvetiti več pozornosti.

Za celovitejši prikaz značilnosti motnje ter njenega pojmovanja in diagnosticiranja v Sloveniji bi bil potreben še pregled dovolj velikega števila ambulantnih bolnikov, kar bi lahko bila tema morebitnih nadaljnjih raziskav.

Eden od ciljev raziskave bo morda dosežen, če bo spodbudila razmišljanja in nadaljnja proučevanja v zvezi s postavljanjem (te in drugih) diagnoz v psihiatriji.

Literatura:

1. Akiskal HS. The Temperamental Borders of Affective Disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (suppl 379): 32-37.
2. Bolton S, Gunderson JG. Distinguishing Borderline Personality Disorder from Bipolar Disorder: Differential Diagnosis and Implications. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1202-1207.
3. Tomori M. Puberteta in adolescencia. *Pedopsihijatrija* 1976; 1: 133-138.
4. Garnet KE, Levy KN, Mattanah JF, Edell WS, McGlashan TH. Borderline Personality Disorder in Adolescents: Ubiquitous or Specific? *Am.J.Psychiatry* 1994; 151: 1380-1382.
5. Gunderson JG. Building Structure for the Borderline Construct. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (suppl.379): 12-18.
6. Simonsen E. The Borderline Conditions - an Introduction from a Scandinavian Perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (suppl 379): 6-11.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Williams & Wilkins, Baltimore, 1997.
8. Biederman J, Faraone SV, Spencer T et al. Patterns of Psychiatric Comorbidity, Cognition and Psychosocial Functioning in Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-1798.