

Izvenbolnišnična psihiatrična obravnava disocialne osebnostne motnje

Bojan Filipič, dr. med., specialist psihiater in psihoterapevt

Psihiatrična ambulanta

Vošnjakova ulica 20

Maribor

Uvod

Disocialni sindrom predstavlja vedenjsko manifestacijo trajnega konflikta med zavestno osebnostjo in njenimi nezavednimi kontrolnimi mehanizmi (vestjo). Ti so v načelu kruti in kaznujoči. Izoblikuje se v razvoju osebnosti, že primarno v otroštvu, zelo pogosto sekundarno v adolescenci in izjemoma terciarno v odrasli dobi. Konflikt, ki v svoji nezavedni, dinamični vsebini terja izrinjenje tesnobe in krivde, se bolj ali manj trajno ali v prebojih razrešuje z negativnim samopotrjevanjem navzven in/ali samokaznovanjem (hkratna hetero in avtoagresivnost). (1)

Disocialnost pomeni potrjevanje samega sebe na negativni način. Kaj je negativno, določa vsakokratna družba. Vsebina negativnega se lahko spreminja, mehanizem takšnega potrjevanja pa je enak v različnih družbenih sistemih in tudi ni omejen na obstoječe časovno obdobje. (2)

Z antisocialnim vedenjem uresničujejo disocialne osebe oba bistvena sestavna dela svoje deviiranosti: potrjujejo sebe in kaznujejo sami sebe. Nasilnost do okolja in avtoagresivnost sta v tipičnih primerih neločljivo povezani. S svojim vznemirljivim vedenjem so disocialni v stalni disharmoniji z drugimi ljudmi. (3)

V našem prostoru uveljavljena kategorija disocialna osebnostna motnja (F60.2 po veljavni Mednarodni klasifikaciji bolezni MKB-10. revizija) je zgodovinsko povezana s kategorijo psihopatija, od leta 1968 pa s kategorijo antisocialna osebnostna motnja, ki se je kot diagnostična kategorija uveljavila z DSM in je diagnostično opredeljena v sedaj veljavni DSM-5.4 Med njima je pomenska razlika in sicer se prva nanaša bolj na osebnostno strukturo z oškodovanimi kontrolnimi mehanizmi, druga bolj na oblike vedenja. (5)

Psihoanaliza in psihodinamske teorije nasploh so tiste, ki največ prispevajo k razumevanju deficitov v osebnostni strukturi disocialnih oziroma antisocialnih osebnosti, vedenje samo pa Kernberg v večji meri povezuje s primitivno obliko narcisistične motnje kot z idejo, da gre za svojsko strukturo. (5) Tako gledano, ni več te pomenske razlike med disocialno in antisocialno osebnostno motnjo. Ta druga je kategorija, ki je v svetovnem merilu, še posebej pa v literaturi, veliko pogosteje uporabljena.

Đurić poudarja pomen patologije selfa pri antisocialni osebnostni motnji (dalje ASOM) z obračanjem destruktivne agresivnosti proti sebi v primeru samopoškodovanja ali dejanja samomora in v primeru pojavljanja interpersonalnega nasilja. Poudarja kognitivni stil antisocialnih osebnosti, ki se lahko opiše kot devianten, egocentričen in impulziven. Ego ideal in

zavest o etičnem pomenu ravnanj sta pri antisocialnih osebnostih nerazvita, zato v njihovem vedenju ni korekcijskega poriva, ki ga dajeta ti dve strukturi. Njihovo vedenje je opredeljeno z možnostjo trenutnega zadovoljevanja egocentričnih potreb in s težnjo po osvoboditvi od frustracij. Takšno vedenje podpirajo pomanjkanje uvida, slab nadzor nad vedenjem in stališče oproščanja samemu sebi. Đurić opozarja tudi na nevrobiološke raziskave, ki kažejo na povezavo med zmanjšanim avtonomnim odzivom in agresivnim vedenjem na eni strani ter reducirano prefrontalno sivo maso in disfunkcijo orbitofrontalnega korteksa in amigdal na drugi strani. (6)

Psihodinamika psihopatije, disocialnosti, antisocialnosti

Antisocialne osebe se označuje kot psihopate, disocialce, sociopate, osebe s karakternimi motnjami ali celo kot kriminalce. Gre za širok spekter pacientov od tistih, ki jih je popolnoma nemogoče zdraviti, do tistih, ki jih je mogoče pod določenimi pogoji. Razumevanje tega kontinuuma je potrebno, če se jim želi pomagati. Na dnu kontinuuma so psihopati, popolnoma neodgovorni in brez najmanjše empatije oziroma upoštevanja čustev in potreb drugih. Imajo nekatere osnovne nevropsihološke posebnosti, ki jih razlikujejo od nepsihopatov. So izjemno neusmiljeni, kruti, brez emocionalne navezanosti z izjemo sado-mazohističnih interakcij z okolico, ki temelji na moči, ter so brez vsakršne empatije in občutkov krivde. Pri psihopatih gre za masivno okvaro razvoja superega brez vsakršnega moralnega čuta. Gabbard na drugo mesto kontinuuma, gledano iz dna navzgor postavi, antisocialno osebnostno motnjo z diagnostičnimi kriteriji, ki so opredeljeni v DSM-5. Pomembnejše od fenomenološkega opisa njihovega vedenja je psihodinamsko razumevanje, ki upošteva interakcijo tako genetskih dejavnikov kot dejavnikov maladaptacijskega okolja (zloraba, zanemarjanje). Superego je tudi pri teh osebah nefunkcionalen, se pa lahko pokažejo superego lakune oziroma jezerca, zaradi česar se pri njih lahko pojavi izrazita anksioznost in depresija. Na istem kontinuumu je vsa narcisistična patologija, ki se začne z malignim narcisizmom, za katerega sta značilni ego sintoni sadizem in paranoidna usmeritev. (6,7) Na četrtem mestu so narcisistične osebnosti z antisocialnim vedenjem, ki so za realizacijo svojih ciljev sposobne brezčutno izkoriščati druge, vendar včasih zmorejo občutiti krivdo in imajo lahko realistične načrte za prihodnost. Gabbard pravi, da so to uspešni psihopati z boljšimi

eksekutivnimi funkcijam v primerjavi z neuspešnimi psihopati. (7)

Na naslednjih stopnjah antisocialnega kontinuuma je antisocialno vedenje pri različnih motnjah osebnosti (mejnih, histrioničnih, paranoidnih). Nato so nevrotično strukturirane osebnosti, ki se obnašajo antisocialno. Na vrhu pa je antisocialno vedenje kot del simptomatskih nevroz, kjer se posamezniki vedejo antisocialno običajno z zavestno željo, da bi bili kaznovani. (6,7)

Za razumevanje teh osebnosti je potrebno poznati naravo obrambnih in adaptacijskih procesov pri psihopatskih osebnostih. Prevladujejo obrambe primarnega procesa: onipotentna kontrola, projekcijska identifikacija, disociacija in tudi acting out oziroma odreagiranje. Pomembno je razlikovati med psihopatsko manipulacijo in tisto pri histeričnih in borderline pacientih. Prva je zavesten, sinton način zlorabe drugih, pri drugi pa se pacient ne zaveda manipulativnega namena. (8)

Obravnavanje in pristopi k zdravljenju

Psihiater, psihoterapevt ali kakšne druge vrste strokovnjak s področja duševnega zdravja, ki se pri svojem delu srečuje s pacienti z ASOM bi moral poznati in upoštevati specifičnosti teh osebnosti in specifičnosti transfernega in kontratransfernega dogajanja pri obravnavi teh osebnosti.

Terapevti se morajo zavedati svojih lastnih čustev in morajo biti pozorni na svoje čustvene odzive na te bolnike, ker lahko takšni odzivi zmotijo proces obravnave ali celo pripeljalo do prekinitve. Ne glede na to, da se je terapevt odločil pomagati antisocialnemu bolniku, je mogoče, da ga bolnik z zgodovino kaznivih dejanj ter s svojo neodgovornostjo in nepredvidljivimi težnjami k nasilju naredi povsem drugačnega. Najboljše možnosti za zdravljenje imajo zato strokovnjaki, ki so dobro podkovani v poznavanju ASOM, ki lahko predvidijo svoja čustva in vzdržujejo sprejemanje teh bolnikov brez nepotrebnega moraliziranja, ki so dojemljivi za legalne zaplete pri zdravljenju in ki imajo glede zdravljenja realistična pričakovanja. (7)

McWilliamsova pravi, da je psihopatski bazični transfer na terapevta projekcija njegovega lastnega izkoriščanja, zato domneva, da terapevt namerava uporabiti pacienta za svoje sebične namene. Običajni kontratransfer je občutek terapevtske neustreznosti, na katero se neizkušen terapevt odzove še z večjo angažiranostjo. Ko tudi to ne uspe, lahko terapevt začuti sovražnost, prezir in moralistično ogorčenje.

Druge pogoste kontratransferne reakcije so bolj komplementarne kot konkordantne in vključujejo strah pred psihopatsko zlovesčo prijaznostjo in občutek, da ima pacient terapevta v oblasti. S tem v zvezi so pogoste prave srhljive slutnje. Izkušen terapevt prepozna te reakcije in jih do neke mere tolerira, razen kadar je sam neposredno ogrožen. Izkušnja, da je podcenjevan s strani pacienta, lahko izzove pri terapevту sovražne občutke do pacienta in resignacijo. (8)

Gabbard opozarja na fenomen, da se psihopatom večkrat daje drugačna diagnoza, na primer zloraba droge, narcisistična motnja osebnosti. Gre za dvom ali nevero kot obliko zanikanja, da je pacient v resnici slab. Racionalizacija antisocialnega vedenja zaradi problemov z zlorabo drog ali beganja pri adolescentih ima lahko za posledico zanikanje psihopatskih lastnosti, kar pa vodi do tega, da je pacient narobe razumljen in ocenjen, na primer neozdravljiv pacient je ocenjen kot pacient, ki ga je mogoče zdraviti. Zato tudi občutki nemoči in nesposobnosti terapevta pri pacientih z motnjo, ki je rezistentna na zdravljenje. (7)

Ena najbolj problematičnih oblik kontratransferja je koluzija ali konspiracija, običajno se to pogosteje dogaja v bolnišničnih pogojih. V prepričanju, da pacientu pomaga, se terapevti ali drugo osebje bolnišnic zapletejo v takšno kontratransferno agiranje, ki je lahko celo kriminalno. Lažjeje v korist pacienta, ponarejajo izvide, se zapletejo v seksualne zveze s pacienti, pomagajo tem pacientom, da bežijo iz bolnišnice in podobno. Nastanek takšnega kontratransferja je mogoče razumeti kot del projekcijske identifikacije, saj koruptivni del pacientovega selfa vstopi v terapevta in spremeni njegovo vedenje. Kasneje terapevti poročajo, da »niso delovali kot oni sami«. (7)

V izvenbolnišničnih pogojih osebe z ASOM redko poiščejo psihiatrično pomoč zaradi težav v zvezi s svojo osebnostno motnjo, saj imajo slab uvid v svoje težave in zavračajo diagnozo ASOM ali pa zanikajo svoje simptome. Pogosteje iščejo pomoč zaradi drugih težav, kot so razdor v zakonu, zloraba oziroma odvisnost od alkohola ali drog ali zaradi samomorilnosti. Običajno pa so družinski člani ali sodišča tista, ki pritiskajo na osebe z ASOM, da se ti znajdejo pri psihiatru ali drugih strokovnjakih s področja duševnega zdravja.

Antisocialni pacienti, ki vendarle sami poiščejo pomoč, se praviloma lahko obravnavajo kot ambulantni pacienti, ki jim v pogojih izvenbolnišničnega ambulantnega zdravljenja lahko ponudimo paleto storitev, vključno z nevropsihološko diagnostiko,

psihoterapevtsko obravnavo, zdravljenje z zdravil in pa družinsko oziroma zakonsko svetovanje.

Ker antisocialni običajno krivijo druge, imajo nizko toleranco za frustracije, so impulzivni in redko ustvarijo zaupne odnose, je delo s temi pacienti težko. Pogosto jim primanjkuje motivacije za izboljšanje in so notorično slabi self opazovalci. Preprosto ne vidijo sebe, kot je to pri drugih. Zato psihoanalitično orientirane psihoterapije praviloma niso indicirane. Izjema je suportivna psihodinamska psihoterapija pri pacientih, ki niso psihopati. Ta pristop vključuje poslušanje, konfrontacijo in konverzijo. (9)

Terapevt mora vedno znova konfrontirati pacienta z njegovim zanikanjem in minimalizacijo antisocialnega vedenja. Konfrontacije pacientovega vedenja »tu in sedaj vedenja« so bolj učinkovite kot konfrontacije nezavednih vsebin iz pacientove preteklosti. (7)

Pri konverziji gre za to, da se postopoma preide od pacientovega navideznega uvida in obžalovanja, ki zgolj krepi njegov lažni self bližje pristnemu selfu. Terapevt to poskuša na ta način, da pacientu pomaga priti do pomembne disforične točke v njegovem razvoju. Terapevt poskuša prekiniti povezavo med pacientovimi dejanji in njegovo genezo, kar lahko pacientu pomaga pri razvijanju bolj sprejemljivih oblik vedenja. Poskuša uporabiti pacientov lastni interes kot osnovo za sprejemanje zunanje morale in družbenih pravil. Pri tem je edino možen narcističen transfer, saj pacient v bistvu vidi zgolj samega sebe. Potrebno pa je vedeti, da vrednost takšnega terapevtskega odnosa ni konstantna in se nanj ne moremo zanašati. (9)

Kognitivna terapija, ki je bila primarno razvita za pomoč bolnikom z depresijo, se v zadnjem obdobju poskuša uporabljati tudi pri pacientih z ASOM. Terapevt mora določiti pravila in program vključitve pacienta v takšno terapijo, kar vključuje redno prihajanje na terapijo, aktivno udeležbo in realizacijo vseh načrtovanih dejavnosti izven obiskov pri terapevtu. Terapija mora biti več kot sredstvo, s katerim se antisocialni pacient poskuša izogniti posledicam svojega negativnega vedenja, kot je zaporna kazen. Glavni cilj kognitivne terapije je, da pomaga pacientu razumeti, kako sam ustvarja svoje težave in kako mu njegovo izkrivljeno dožemanje preprečuje, da sebe vidi na način, kod ga vidijo drugi.

Poseben pristop je na mentalizaciji temelječa psihoterapija za nasilne moške paciente z ASOM, ki vodi k zmanjšanju agresivnih dejanj. (7)

Če se pri pacientih z ASOM pojavita anksioznost in depresija, ju je potrebno identificirati in zdraviti. (7)

Obe motnji sta prognostično ugodna dejavnika, ki kažeta na to, da je pri pacientu superego vsaj deloma razvit.

Visoka komorbidnost oziroma sočasno pojavljanje tudi drugih duševnih motenj, zlasti zlorabe in odvisnosti od alkohola in drog, zahteva vso terapevtsko pozornost, saj je pogosto odločilen dejavnik za zdravljenje pacientov z ASOM. (6)

Obravnava v terapevtskih skupnostih in druge skupinske oblike terapevtskega vplivanja naj bi bile učinkovite pri pacientih z ASOM, ker skupinski procesi dovolj uspešno določijo in omejijo terapevtsko polje. Na ta način skupina tudi terapevta zavaruje pred pacientovimi manipulacijami, kar se tako pogosto dogaja v individualni terapiji. (3)

Zaključek

V kodeksu etičnih načel delavcev v psihiatriji (Havajska deklaracija) je v 2. členu zapisano, da je vsakemu bolniku treba dajati najboljše možno zdravljenje in ga obravnavati s skrbnostjo in spoštovanjem, kot smo to dolžni do slehernega človeškega bitja, upoštevajoč, da ima vsakdo pravico do svojega življenja in zdravja. (10)

Kobal, ki se je veliko posvečal problemu disocialnosti, v svoji doktorski disertaciji pravi, da mora psiholog prodreti skozi oklep, ki je nastal zaradi duševnih travm takšnih oseb. In takrat odkrije prestrašeno, polno krivde, občutljivo, zmedeno, prizadeto bitje, pogosto z zelo toplim in bogato niansiranim, vendar zelo lahko ranljivim čustvenim življenjem. (11)

Ne prvo in ne drugo pa psihiatra ali druge vrste strokovnjaka, ki se ukvarja z disocialno oziroma antisocialno osebnostno motnjo, ne sme zavesti k lažnemu in škodljivemu prepričanju, da je sposoben zdraviti neozdravljivega pacienta. Le tako se izognemu lahko tudi tragičnim zapletom pri obravnavi pacientov s to motnjo.

Literatura

1. Kobal MF. Psihopatologija za varnostno in pravno področje. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, Visoka policijsko-varnostna šola; 2000.
2. Kobal M. Vedenjske motnje v otroštvu in adolescenci. In: Lokar J, ed. Pedopsihiatrija 2. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana; 1976. p. 7-23.
3. Kobal M. Nepsihotične osebnostne motnje. Devirane osebnosti. In: Miličinski L, ed. Psihiatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1986. p. 347-56.
4. Black DW, Borenstein J, Frank E, Hales RE, Kupfer DJ, Schultz SK. Understanding mental disorders: your guide to DSM-5. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2015.
5. Erić L, ed. Psihodinamična psihiatrija IV, Motnje osebnosti. Ljubljana: Hermes IPAL; 2012.
6. Đurić Z. Antisocialna motnja osebnosti. In: Erić L, ed. Psihodinamična psihiatrija IV, Motnje osebnosti. Ljubljana: Hermes IPAL; 2012. p. 213-37.
7. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
8. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York: The Guilford Press; 1996.
9. Novalis PN, Rojcewicz SJ, Peele R. Clinical Manual of Supportive Psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1993.
10. Miličinski L, ed. Psihiatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1986.
11. Kobal M. Reintegracija vedenja in rigidnost motenih osebnosti [PhD thesis]. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1970

