

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
PREGLED SKLOPA DISSOCIALNIH OSEBNOSTNIH
MOTENJ

LISA SUZANNA HARTMANS

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Pregled sklopa dissocialnih osebnostnih motenj

(Overview of antisocial personality disorder spectrum)

Ime in priimek: Lisa Suzanna Hartmans

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Koper, avgust 2018

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Lisa Suzanna HARTMANS

Naslov zaključne naloge: Pregled sklopa dissocialnih osebnostnih motenj

Kraj: Koper

Leto: 2018

Število listov: 35

Število referenc: 69

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Ključne besede: osebnostne motnje, mejna osebnostna motnja, dissocialna osebnostna motnja, genetika, okolje

Izvleček:

Osebnostne motnje so del duševnih motenj, od katerih pa se razlikujejo zaradi točno določenega seta kriterijev in definicije. Najbolj izstopajoči in pogosto obravnavani osebnostni motnji sta mejna in dissocialna, kateri smo se v nalogi odločili tudi podrobneje opisati. Namen zaključne naloge je bil namreč bolje spoznati oblike osebnostnih motenj, predvsem mejne in dissocialne osebnostne motnje. Pregledali smo tudi vzroke za razvoj osebnostnih motenj in ugotovili, da se lahko razvijejo zaradi medsebojnega vpliva genetskih in okoljskih dejavnikov. Raziskave kažejo, da so osebnostne motnje prisotne pri približno 6% celotnega prebivalstva in še vedno obstaja stigma, povezana z njimi. Želeli smo tudi pokazati, da so lahko ljudje z osebnostnimi motnjami tudi na vrhu in ne le na robu socialnega okolja. Prav tako smo se osredotočili na to, kako pristopiti k zdravljenju oziroma spremembam osebnostnih motenj in ugotovili, da so se v preteklosti najbolj izkazale psihološke intervencije s psihoterapijo.

Key words documentation

Name and SURNAME: Lisa Suzanna HARTMANS

Title of the final project paper: Overview on antisocial personality disorder spectrum

Place: Koper

Year: 2018

Number of pages: 35

Number of references: 69

Mentor: Assist. Prof. Matej Kravos, PhD

Keywords: personality disorders, borderline personality disorder, antisocial personality disorder

Abstract:

Personality disorders are a part of mental disorders and they differ from others because of their unique definition and set of criteria. Most commonly known and clinically present are borderline and antisocial personality disorders, which we chose to describe in greater detail. Our purpose was to better understand the concept of personality disorders, especially borderline and antisocial personality disorders. We also examined the causes of the development of personality disorders and found that they can develop due to the interaction between genetics and environmental factors. Researches show that personality disorders are present in approximately 6% of the world population and there is still a stigma associated with them. With a few examples, we wanted to show that people with personal disorders can also be at the top and not just on the brink of socialization. We also focused on how to approach the treatment of personality disorders and found that in the past psychological interventions with psychotherapy were most effective.

ZAHVALA

Zahvaljujem se vsem bližnjim, ki so me podpirali in me spodbujali v času študija. Prav tako se želim zahvaliti doc. dr. Kravosu za vso strokovno pomoč in ustrežljivost pri pisanju zaključne naloge.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	5
	1.1 Namen in raziskovalno vprašanje.....	6
2	OSEBNOST.....	7
3	OSEBNOSTNE MOTNJE	8
	3.1 Pogostost.....	10
	3.2 Oblike pomoči.....	11
4	PARANOIDNA OSEBNOSTNA MOTNJA	13
5	SHIZOIDNA OSEBNOSTNA MOTNJA.....	13
6	SHIZOTIPSKA OSEBNOSTNA MOTNJA.....	13
7	MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA.....	14
	7.1 Kriterij.....	16
	7.2 Etiologija.....	17
	7.3 Pogostost.....	18
8	HISTRIONSKA OSEBNOSTNA MOTNJA	19
9	DISSOCIALNA OSEBNOSTNA MOTNJA	20
	9.1 Kriterij.....	21
	9.2 Etiologija.....	22
	9.3 Pogostost.....	22
10	NARCISISTIČNA OSEBNOSTNA MOTNJA	23
11	IZOGIBAJOČA OSEBNOSTNA MOTNJA	23
12	ODVISNOSTNA OSEBNOSTNA MOTNJA	24
13	OBSESIVNO KOMPULZIVNA OSEBNOSTNA MOTNJA.....	24
14	ZNANE OSEBE Z OSEBNOSTNIMI MOTNJAMI	25
15	SKLEPI.....	26
16	LITERATURA IN VIRI.....	28

1 UVOD

Theodore Millon (2004) pravi, da je osebnost sistem vzorcev psiholoških karakteristik osebe skozi njeno celotno delovanje, medtem ko jo Philip J. Corr in Gerald Matthews (2009) definirata kot celoto stalnega vedenja, kognicije in čustvenih vzorcev, ki izhajajo iz okoljskih in bioloških faktorjev. Osebnost naj bi začela postajati stabilna pri približno 25. letu, popolnoma pa naj bi se stabilizirala od približno 30. leta starosti, v času prehoda med adolescenco in zgodnjo odraslostjo pa naj bi prišlo do največ sprememb (McCrae in Costa, 1994, po Briley in Tucker-Drob, 2014).

Na razvoj osebnosti vplivata tako genetika, kot tudi okolje, v katerem oseba odrasča (Lawson, 2008). V različnih kulturah ima normalna osebnost drugačen pomen kot v drugih, na primer v Severni Ameriki avtorji večinoma omenjajo normalno osebnost kot zmožnost samostojnega življenja in užitka, medtem ko je v Aziji bolj pomembno spoštovanje družbenih norm kot individualizem (Millon, 2004). Psihopatologija oziroma abnormalnost je po Millonu (Grossman in Millon, 2006) izražena z lastnostmi in vedenjem, ki ni značilno za družbo, v kateri posameznik živi.

Kadar pride do sprememb v mišljenju, čustvih, vedenju ali vseh treh, nastane zdravstveno stanje, ki ga imenujejo duševna motnja (Parekh, 2015), osebnostne motnje pa se od drugih duševnih motenj ločijo, ker so stalne od osebnostnega razvoja naprej in imajo točno določeno definicijo in set kriterijev (Kay in Tasman, 2006). Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM)-V (APA, 2013) pravi, da je glavna lastnost osebnostnih motenj stalen vzorec ponotranjenih izkušenj in vedenja, ki izhaja iz pričakovanj posameznikove kulture in se izraža v vsaj dveh izmed naštetih področij: kognicija, vplivnost, medosebno delovanje in nadzor impulzov.

V prvih dveh izdajah DSM so bile osebnostne motnje del drugih duševnih motenj, leta 1980 pa so jih v DSM-III prvič uvrstili v svoj razred (Grossman in Millon, 2006). Sedaj je v DSM-V (APA, 2013) deset uradno opisanih diagnoz osebnostnih motenj, in sicer paranoidna osebnostna motnja (OM), shizoidna OM, shizotipska OM, čustveno neuravnovešena ali mejna (borderline) OM, histrionska OM, dissocialna OM, narcisistična OM, izogibajoča OM, odvisnostna OM in obsesivno kompulzivna (anankastična) osebnostna motnja. Vse osebnostne motnje pa se delijo na tri razrede, in sicer razred A (ekscentriki in čudaki), razred B (dramatiki) in razred C (bojazljivci) (Benedik, 1997). V tej zaključni nalogi se bomo osredotočili predvsem na mejno in dissocialno OM, ki spadata v razred B oziroma po mednarodni klasifikaciji bolezni MKB-10 (WHO, 2016) med dissocialne osebnosti.

1.1 Namen in raziskovalno vprašanje

Namen zaključne naloge je raziskati osebnostne motnje in podrobneje opisati predvsem mejno in dissocialno osebnostno motnjo, ki sta med pogostejšimi. Prav tako smo želeli raziskati vzroke za razvoj osebnostnih motenj, ter preveriti, kako pogosto se pojavljajo. Verjetno se večina ljudi ne zaveda pogostosti razvoja osebnostnih motenj in zaradi tega je še vedno prisotna stigmatizacija.

Odločili smo se tudi, da predstavimo nekatere znane osebe, ki imajo osebnostne motnje in s tem prikazati, da se z njimi spopadajo tudi uspešni ljudje. Stigmatizacija in neprimerno soočanje z osebnostnimi motnjami namreč lahko te osebe privede na rob socializacije. Prav tako smo želeli predstaviti nekatere terapevtske možnosti za zdravljenje oziroma spreminjanje osebnostnih motenj in preveriti, kateri pristopi so se v preteklosti izkazali za najboljše.

Zaključna naloga bo pripomogla k boljšemu razumevanju osebnostnih motenj, predvsem dissocialne in mejne osebnostne motnje, ki sta med najbolj pogostimi motnjami osebnosti. Pomembno je namreč, da se ljudje bolje spoznamo s pogostostjo osebnostnih motenj, saj s tem zmanjšamo tudi stigmatizacijo in se lažje soočamo z osebnostnimi motnjami in njenimi značilnostmi.

2 OSEBNOST

Osebnost je definirana kot celota stalnega vedenja, kognicije in čustvenih vzorcev, ki izhajajo iz bioloških in okoljskih dejavnikov (Corr in Matthews, 2009). Je odločilen dejavnik, ki vpliva na doživljenjskega razvoja. Raziskava, ki jo je izvedel Jerry M. Burger (1993, po Lawson, 2008) pravi, da je osebnost precej stabilna celo življenje, vendar lahko pride do kakršnihkoli odstopanj tudi do 5 odstotkov. Antonio Terracciano, Robert McCrae in Paul Costa (2010) pa so naredili raziskavo, kjer so ugotovili, da osebnostne lastnosti postanejo dokaj stabilne po 30. letu starosti, čeprav se skozi celo življenje še pojavljajo nekatere manjše spremembe, ki pa niso tako pomembne kot v času prehoda iz adolescence v zgodnjo odraslost. V tem obdobju večina ljudi postane tudi bolj čustveno stabilnih, odgovornih in prilagodljivih kot v obdobju adolescence (Bleidorn, 2015). Čeprav je velika večina osebnostnih značilnosti odvisna od genetike, pa ima na njihov razvoj vpliv tudi okolje (socialno, čustveno in fizično) in pogledi na svet izven našega neposrednega zavedanja (Lawson, 2008).

Preučevanih je bilo veliko možnosti, kako ločiti normalnost in nenormalnost. Kriteriji razlikovanja se osredotočajo na lastnosti, ki označujejo tako imenovano normalnost oziroma ideal, stanje duševnega zdravja, kot to opisujeta Daniel Offer in Melvin Sabshin (1991, po Grossman in Millon, 2006), medtem ko se drugi osredotočajo na iskanje kriterijev, ki opisujejo koncept abnormalnosti oziroma psihopatologije. Najbolj pogosto merilo za razlikovanja je statistična obravnava. S to pomočjo je normalnost definirana kot socialno najbolj pogosto vedenje, medtem ko je nenormalnost ali psihopatologija definirana z lastnostmi in vedenjem, ki ni značilen za posameznikovo družbeno okolje (Grossman in Millon, 2006).

3 OSEBNOSTNE MOTNJE

Leta 1980 so v Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (DSM) III prvič izpostavili osebnostne motnje (OM) kot svoj razred in ne več kot del drugih duševnih motenj (Grossman in Millon, 2006). Duševna motnja je zdravstveno stanje, kjer se pojavijo spremembe v mišljenju, čustvih ali vedenju, lahko pa pride celo do kombinacije vsega. Povezane so s problemi v delovanju v družinskih, socialnih ali službenih aktivnostih in/ali osebno stisko (Parekh, 2015). Osebnostne motnje so ločene od drugih duševnih motenj, ker so edine z natančno definicijo in setom kriterijev. V DSM-IV-TR je postavljena definicija, da je osebnostna motnja trajni vzorec ponotranjenih izkušenj in vedenj, ki se razlikujejo od pričakovanj posameznikove kulture. Ta vzorec je neprilagodljiv in se pogosto pojavlja, predvsem v adolescenci ali zgodnji odraslosti, sčasoma pa lahko postane stabilen in vodi do osebne stiske ali prizadetosti. Da lahko omenjeni vzorec klasificiramo kot osebnostno motnjo, ne sme biti posledica druge duševne motnje ali fizioloških vplivov substanc (APA, 2000, po Kay in Tasman, 2006).

Do izdaje DSM-5 (APA, 2013) je bil DSM razdeljen na pet osi oziroma nivojev, kjer so osebnostne motnje spadale v drugo os, skupaj z duševno manjrazvitostjo. Na prvi osi (Axis I) so bile vse psihiatrične diagnostične kategorije, razen osebnostnih motenj in duševne manjrazvitosti, leta 2013 pa so osni sistem odpravili in prvi dve osi (Axis I in Axis II) so združili v Zdravstvene in Duševno zdravstvene bolezni (Adamson, Barrio Minton, Kress, Paylo, Pope, 2014).

Eno prvih sprejetih klasifikacij duševnih motenj je razvil Emil Kraepelin leta 1913, kjer jih je delil na nevroze in psihoze. Poleg nevroze in psihoze, ki sta bili zanj glavni obliki duševnih motenj, je vključil tudi druge duševne motnje. Pet tipov duševnih motenj, ki jih je identificiral, so nevroze, osebnostne motnje, organske psihoze, funkcionalne psihoze in duševna manjrazvitost. Osebnostne motnje so zanj vključevale načine razmišljanja, ki so družbeno nenavadni, kamor spadajo paranoja, obsesivna osebnost in shizoidna osebnost (Hayes, 2000).

Kurt Schneider (1923, po Zihlerl, 1999) je opisal 12 tipov osebnostnih značilnosti, med katerimi je 10 tistih, ki jih smatramo kot nenormalne. Teh deset tipov osebnostnih motenj je hipertimna OM, depresivna OM, negotova OM, fanatična OM, pozornosti željna OM, labilna OM, eksplozivna OM, brezčutna OM, senzitivna OM in astenična OM. Te osebnosti so po njegovi definiciji "psihopatske". Take osebe trpijo ali pa povzročajo, da družba trpi zaradi njihovih osebnostnih značilnosti. Njegova delitev je močno prispevala k razvrstitvi osebnostnih motenj v DSM in MKB, saj je navajal, da je hibridni sistem osebnosti, povezan z dimenzijami normalne osebnosti in njene patologije, pomemben umeten konstrukt, ker bi sistem samo karakteristik ustvaril le bipolarni dimenzije (Crocq, 2013).

Deset tipičnih OM se v DSM-ju deli še v tri posamezne razrede, ki so označeni z A, B in C. V razred A, kjer so ekscentriki in čudaki, spadajo paranoidna, shizoidna in shizotipska OM; pri osebah s temi motnjami so značilni nelagodni medosebni odnosi, socialna izoliranost, pomanjkljivo izražanje čustev in popačeno razmišljanje. V razred B razvrščamo dramatične, to pa so osebe z mejno, dissocialno, histrionsko in narcisistično OM. Skupna lastnost teh OM so težave z nadziranjem impulzivnosti in nadzorovanjem čustev. Zadnji razred pa sestavljajo bojzljivci, kamor spadajo izogibajoča, odvisnostna in obsesivno kompulzivna OM. Za razred C je značilna visoka stopnja anksioznosti in strah pred kritiko (Benedik, 1997).

V Sloveniji se uporablja klasifikacija osebnostnih motenj v Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10, ang. ICD-10), ki pa je zelo podobna tisti v DSM-ju. Glede na primarno strukturo osebnosti lahko OM delimo na štiri razrede, kjer je prvi razred sestavljen iz paranoidne OM, shizoidne OM in shizotipske OM, kar so vase umaknjene osebnosti. Drugi razred so odvisnostne osebnosti, kamor spadata odvisnostna OM in bojzljivostna (izmikajoča se) OM. Tretji razred so zavrte osebnosti, kamor spada anankastična oz. obsesivno-kompulzivna OM, zadnji razred pa so dissocialne osebnosti, to pa so dissocialna OM, čustveno neuravnovešena OM in histrionska OM (Zihlerl, 1999).

Osebnostne motnje se lahko razvijejo zaradi genetike, travm v otroštvu, verbalne zlorabe, visoke reaktivnosti in vpliva vrstnikov oziroma družbe (APA, 2018). Dejavniki za razvoj OM so med seboj interaktivni in sestavljeni iz zahtevnih biomehanskih/nevroanatomsko-psihološko-sociokulturnih povratnih informacij, ki vplivajo na posameznika in njegovo družbo skozi celo življenje, ter tudi iz ene generacije v drugo (Magnavita, 2004).

3.1 Pogostost

Yueqin Huang idr. (2009) so opravili raziskavo, kjer so preverili prisotnost osebnostnih motenj v svetu. Raziskavo so opravili na 21.162 udeležencih iz trinajstih držav s pomočjo International Personality Disorder Examination (IPDE) vprašalnika. Ugotovili so, da se stopnja pojavnosti osebnostnih motenj po svetu razlikuje, v zahodnem delu Evrope (Belgija, Francija, Nemčija, Italija, Nizozemska, Španija) se pojavlja v 2,4%, v Kolumbiji v 7,9%, v Libanonu v 6,1%, v Nigeriji v 2,7%, na Kitajskem v 4,1%, v Južni Afriki v 6,8% in v Združenih državah Amerike v 7,6% populacije. Povprečna stopnja katerekoli osebnostne motnje za svetovno populacijo je 6,1%, medtem ko se OM razreda A pojavljajo v približno 3,6%, razreda B v 2,7% in razreda C v 1,5% svetovne populacije.

Diagnoza odvisnostne, histrionske in mejne osebnostne motnje se pogosteje pojavlja pri ženskah, medtem ko se predvsem dissocialna, narcisistična in obsesivno-kompulzivna OM pogosteje pojavljajo pri moških, vendar je kar nekaj kritikov, na primer Marcie Kaplan in Laura Brown, ki pravijo, da so taki rezultati posledica nepristranskosti strokovnjakov, ki postavljajo diagnozo (Anderson, Sankis in Widiger, 2001).

3.2 Oblike pomoči

Čeprav so slabo prilagodljive osebnostne lastnosti pogosto središče klinične pozornosti, obstaja zmotno prepričanje, da osebnostnih motenj ni mogoče bistveno omiliti, saj je utrjene vzorce vedenja osebnostnih motenj težko spreminjati, ker so nekateri izmed njih lahko ključni za posameznikovo samopodobo. Kljub temu pa obstajajo močna empirična odkritja, ki nakazujejo na to, da se nekatere osebe bistveno odzivajo na psihosocialne in farmakološke oblike pomoči. V osebnostni strukturi posameznika se lahko pojavijo bistvene klinične in socialne spremembe, vendar pa je vseeno malo možnosti, da zdravljenje osebnostne motnje lahko privede do popolnoma zdrave ali idealne osebnostne strukture (Kay in Tasman, 2006).

Medtem, ko strokovnjaki ugotavljajo osebnostne lastnosti prilagajanja že v času otroštva, pa se resne oblike osebnostnih motenj začnejo klinično opazati šele v času prehoda med otroštvom in odraslostjo (Chanen, Newton-Howes, 2015). Razlog za pozno postavljanje diagnoze je to, da DSM-5 onemogoča postavljanje diagnoze mladoletnim osebam in če se simptomi ne pojavljajo več kot eno leto (Biskin, 2015). Posledično lahko zaradi pozne diagnoze osebnostne motnje empirično podprto zdravljenje bolniku tudi škoduje. Zato je pomembno upoštevati, da zgodnja intervencija lahko privede do klinično pomembnih izboljšav funkcioniranja osebe z osebnostno motnjo (Chanen, 2015). Specializirane oblike pomoči so velikokrat ponujene šele v poznem stanju motnje. Oblike pomoči so ponavadi kot zahtevne individualne psihoterapije in ponudijo jih le tistim, ki sami iščejo pomoč in so pripravljeni upoštevati pogoje psihoterapije. Zaradi poznega začetka pomoči take oblike terapij mnogokrat ne pomagajo vsem in imajo vpliv na njihovo psihosocialno delovanje (Bateman, Gunderson, Mulder, 2015).

Osebe z osebnostnimi motnjami imajo navadno trajne primanjkljaje na več področjih njihovega življenja, prav tako pa so pri njih prisotni psihološki obrambni mehanizmi, odpor in velikokrat tudi katera druga motnja. Pri večini oseb z osebnostno motnjo začnejo pomoč s psihoterapijo. Raziskave kažejo na večje izboljšave z daljšim trajanjem zdravljenja. Falk Leichsenring in Sven Rabung (2008, po Reichenberg in Seligman, 2016) sta potrdila večjo učinkovitost zdravljenja osebnostnih motenj po petdesetih seansah oziroma po obdobju enega leta psihoterapije, kot pri kratkotrajnih terapijah (Reichenberg in Seligman, 2016).

V zadnjih letih so strokovnjaki ugotovili, da je veliko različnih psiholoških intervencij učinkovitih pri zdravljenju osebnostnih motenj. Ugotovili so tudi, da nekatere psihološke intervencije pomagajo le pri izboljšanju simptomov duševnih motenj, ki so bile na takratni prvi osi, kot sta na primer depresija in anksioznost. Zaradi tega so bili bolj pozorni na to, da je za osebnostne motnje potrebno pristopiti z različnimi in točno določenimi načini zdravljenja, saj vse ne ustrezajo vsem (Adams, Duggan, Ferriter, Huband in Smailagic, 2007).

Učinkovita terapevtska intervencija zahteva delujoče zavezništvo med klientom in terapevtom. Celo osebe s hudimi osebnostnimi motnjami sodelujejo v terapiji, vendar le, če opazijo, da je namen terapije nekaj kar si resnično želijo (Cloninger, 2007). Čeprav je vzpostavitev učinkovitega terapevtskega odnosa z osebo z osebnostno motnjo težja, vendar zaupen odnos predstavlja pomembno sredstvo, preko katerega se klient lahko nauči učinkovite medosebne spretnosti (Tetley in Willmot, 2010).

4 PARANOIDNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Paranoidno OM sestavlja zapleten nabor vedenj in ocen okolja, ko so nagnjeni k preganjavici in z njo povezanim nezaupanjem do družinskih članov, prijateljev in znancev. Čeprav se te osebe trmasto držijo svojih prepričanj, pogostokrat verjamejo govoricam in škandalom, predvsem, če imajo negativen prizvok. Leta 1905 je Emil Kraepelin prvič opisal osebnost, ki je nagnjena k iskanju težav, vendar lahko funkcionira znotraj popačenega vidika na svet. Opisana osebnost je glede na njegov zapis vključevala tudi nečimrnost, zagledanost vase, občutljivost na kritike, razdraženost, agresivnost, trmo in jezo na svet okoli njih. Leta 1921 je tem značilnostim dodal še nezaupanje, občutek nepravilnosti in obsojanj iz strani drugih, ter to osebnost poimenoval paranoidna osebnost (Fox, 2014).

5 SHIZOIDNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Shizoidno osebnostno motnjo karakterizira pomanjkanje medosebnih odnosov in želje po iskanju le-teh. Osebe z diagnozo shizoidne OM si ponavadi izbirajo take aktivnosti, da omejijo interakcije z drugimi, prav tako pa se raje odpovejo intimnosti, kot da bi izgubili avtonomnost (Beck in Freeman, 1990, po Esterberg, Goulding, Walker, 2010). Za shizoidno osebnost so značilni tudi nejasen in pomanjkljiv govor ali kognicija, omejen očesni stik, uporaba kretenj in spreminjanje tonacije v govoru, kar lahko še dodatno ovira medosebno komunikacijo. Osebe s shizoidno OM so pogosto obravnavane kot izolirane, zapletene in dolgočasne, saj so nagnjene k ustvarjanju čustvene povezave z živalmi ali objekti, namesto z drugimi ljudmi (Esterberg, Goulding, Walker, 2010).

6 SHIZOTIPSKA OSEBNOSTNA MOTNJA

Shizotipska OM je sestavljena iz prodornega vzorca medosebnih primanjkljajev, kognitivno-percepcijskih odstopanj in nenavadnega vedenja (APA, 2013, po Rojas, Widiger, 2015). Medosebni primanjkljaji so večinoma karakterizirani z velikim nelagodjem in zmanjšano zmožnostjo ustvarjanja tesnih odnosov. Nekateri kriteriji, ki so potrebni za diagnozo shizotipske OM so čudna prepričanja ali magično razmišljanje, ki ni blodno (npr. vraževerje in prepričanje v šesti čut), čudne percepcijske izkušnje, ki niso smatrane kot halucinacije (npr. telesne iluzije), sumničavost, pomanjkanje družbe izven ožje družine, socialna anksioznost (Rojas, Widiger, 2015). Po mednarodni klasifikaciji bolezni je ta motnja razvrščena med duševne motnje in je klinično povezana s shizofrenijo (WHO, 2016).

7 MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Mejno (ang. borderline) osebnostno motnjo sestavljajo vzorci impulzivnosti in nestabilnosti v medosebnih odnosih in samopodobi in se izražajo v različnih kontekstih (APA, 2013). Najbolj značilen simptom mejne OM je nezmožnost upravljanja z lastnimi čustvenimi stanji (Linehan, 1993, po Kay in Tasman, 2006). Povečanje čustvenega vzbujenja poveča pozornost na čustveno pomembne dražljaje, zaradi česar obstaja močno recipročno razmerje med regulacijo čustev in pozornostjo. Zmožnost preusmerjanja pozornosti stran od dražljajev, ki lahko povzročijo afekt pa je ključna za regulacijo čustev. Zaradi tega recipročnega razmerja obstajajo hipoteze, da je pri osebah z mejno osebnostno motnjo težava z regulacijo čustev lahko neposredno povezana z relativnim pomanjkanjem nadzora pozornosti (Linehan, 1993, Coolidge idr., 2000, po Kay, Tasman, 2006).

Karakteristike, ki so vključene v sodobno psihiatrično klasifikacijo mejne osebnostne motnje, sta prva opisala John Gunderson in Johnatan Kolb leta 1978 (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

Mejno osebnostno motnjo je prvi poimenoval Adolf Stern leta 1938 (Boomsma, Distel in Trull, 2009) in s tem pojmom je opisal bolnike, ki so bili na meji med psihozo in nevrozo. Osebe z mejno osebnostno motnjo so znane po svoji impulzivnosti, nihanji med ljubeznijo in sovraštvom, ter po neznosni iracionalnosti. Svet okoli sebe delijo na pretirane vidike dobrega in slabega in za njih interpersonalna sredina med obema ne obstaja (Groves in Zimmerman, 2010).

V klinični psihologiji je mejna osebnostna motnja najpogosteje obravnavana OM in je prisotna v vseh svetovnih kulturah, vendar kljub pogostosti v klinični praksi velikokrat ni prepoznana (Gabbard, Goin, Gunderson, Oldham, Phillips, Soloff, Spiegel in Stone, 2010). Pogostokrat je osebam s podobnimi osebnostnimi lastnostmi postavljena diagnoza mejne osebnostne motnje, četudi ne kažejo vseh simptomov. Velik delež teh oseb pa spada v spekter mejne osebnostne motnje, zaradi česar jim posledično zdravljenje za to motnjo lahko koristi. Spekter mejne osebnostne motnje sestavljajo blaga razpoloženska nestabilnost, zmanjšana samokontrola, histrionska motnja osebnosti in mejna osebnostna motnja (Fox, 2015).

MKB-10 pa deli čustveno nestanovitno osebnostno motnjo na impulziven tip in mejni tip. Impulzivni tip je označen predvsem s čustveno nestabilnostjo in pomanjkanjem nadzora impulzivnosti, medtem ko mejni tip označujejo še motnje v samopodobi, ciljih in ponotranjenih preferencah, kronični občutki praznine, intenzivni in nestabilni medosebni odnosi, ter nagnjenost k samouničujočem vedenju, vključno s samomorilnimi nagnjenji (WHO, 2016).

Otto Kernberg je leta 1975 psihologiji prvi predstavil pojem organizacija mejne osebnosti, ki pa se je navezoval na stalen vzorec delovanja in vedenja, ki ju označujeta nestabilnost in refleksija in motena psihološka samo-organizacija. Vedno bolj so bili prepoznani simptomi mejne osebnosti, med katere pa spadajo izrazito nestabilna samopodoba, presenetljiva nihanja med obdobji samozavesti in obdobji popolnega obupa, hitre spremembe razpoloženja s strahom pred zapustitvijo in zavrnitvijo, ter močna nagnjenja k samomorilnemu razmišljanju in samopoškodovanju (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

7.1 Kriterij

Čeprav je mejna osebnostna motnja dobila svoje ime že leta 1938, sta moderen koncept te OM razvila John G. Gunderson in Margaret T. Singer leta 1975, v DSM pa je bila dodana šele leta 1980 (Frodl, Meisenzahl, Möller, Preuss, Seifert in Zetsche, 2009).

V DSM-5 je predstavljenih 9 kriterijev, od katerih mora oseba ustrezati vsaj petim, da ji lahko postavimo diagnozo mejne osebnostne motnje. (1) Osebe z mejno osebnostno motnjo ustvarijo močna prizadevanja, da bi se izognili pravi ali izmišljeni zapuščenosti, vendar to ne vključuje samopoškodovanja in samomorilnega vedenja. (2) Imajo vzorec nestabilnih in intenzivnih medosebnih odnosov, ki so karakterizirani z izmeničnimi ekstremi idealiziranja in razvrednotenja. (3) Lahko imajo motnjo identitete, ki je karakterizirana z izrazito in stalno nestabilno samopodobo ali občutkom samega sebe. (4) Kažejo impulzivnost na vsaj dveh področjih, ki so za to osebo samouničujoča, torej lahko kockajo, uživajo droge, prakticirajo nezaščitene spolne odnose, se prenajedajo, prekomerno zapravljajo denar, ipd. (5) Izražajo ponavljajoče samomorilno vedenje, kretnje, grožnje ali samopoškodovalno vedenje. (6) Lahko izražajo afektivno nestabilnost zaradi izrazite odzivnosti počutja (npr. intenzivna epizodična disforija, razdraženost, večurna anksioznost). (7) Doživljajo kronično občutje praznine. (8) Pogosto izražajo neprimerno, intenzivno jezo ali pa imajo težave z nadziranjem svoje jeze. (9) V času ekstremnega stresa se lahko pojavijo prehodna paranoična miselnost ali disociativni simptomi (npr. depersonalizacija) (APA, 2013).

7.2 Etiologija

V preteklosti je obstajalo veliko dvomov o tem, ali je razvoj osebnostnih motenj odvisen od bioloških dejavnikov ali od vzgoje toda vse več je dokazov, ki kažejo na to, da vplivata oba dejavnika (Jackson in Krawitz, 2008). Genetski dejavniki in vzgoja medsebojno vplivajo en na drugega. Raziskave kažejo, da lahko okolje, v katerem so odraščali, vpliva na posameznike z genetskimi predispozicijami. Nekatera okolja lahko poslabšajo oziroma poudarijo to prizadetost, medtem ko jih nekatera okolja lahko omilijo (Pally, 2002).

Pomembno vlogo pri razvoju mejne osebnostne motnje ima dednost, saj mnogi psihoanalitični teoretiki sprejemajo prirojeno toleranco do anksioznosti in nagnjenost k jezi kot del mejne osebnostne motnje. Nekateri vidiki mejne OM so podobni tistim, za katere so strokovnjaki že dolgo prepričani, da so dedni, saj imajo osebe z mejno osebnostno motnjo pogosto v prvem kolenu sorodnike s katero od razpoloženskih motenj (Groves in Zimmerman, 2010).

Raziskave nevrobioloških učinkov travme so pokazale, da lahko travmatične izkušnje v zgodnjem razvoju vplivajo na pojav simptomov mejne osebnostne motnje (Pally, 2002). Kar 55-80% oseb, z mejno OM so bili žrtve spolnega in/ali fizičnega nasilja oziroma zanemarjanja v otroštvu. Poznavanje in upoštevanje psihičnih in fizičnih travm v osebnostnem razvoju ljudi z mejno OM lahko pripomore k drugačni predstavi in oceni njihove dinamike psihološkega delovanja (Magnavita, 2004).

7.3 Pogostost

Raziskave kažejo, da ima približno 0,5-2,0% odraslih v razvitih Zahodnih državah sveta mejno osebnostno motnjo in nekatere subjektivne informacije nakazujejo na to, da se to število z leti veča. Približno 70% diagnosticiranih oseb je ženskega spola in veliko avtorjev je prepričanih, da je diagnoza pri moških postavljena redkeje, kot se v resnici pojavlja, saj se predvsem v Združenih državah Amerike veliko takih moških znajde v sodnem sistemu namesto v psihiatričnih ustanovah (Jackson in Krawitz, 2008).

Raziskava, opravljena na Nizozemskem je pokazala, da ima 31,1% populacije vsaj en simptom mejne osebnostne motnje, od tega je 1,1% tistih, ki imajo pet ali več simptomov (van Dorsselaar, de Graaf, ten Have, Kaasenbrood, Kleinjan, Verheul, 2016). Na Poljskem pa so rezultati raziskave pokazali, da ima približno 9% populacije vsaj eno OM, mejno osebnostno motnjo pa ima 7% populacije (Czubak, Gawda, 2017).

Predvsem pri ženskah je mejna osebnostna motnja povezana z znatno duševno in fizično prizadetostjo. Edinstveni in skupni dejavniki, kot sta neorganizirana čustvenost in pomanjkljiv sistem navezanosti (Leedom, 2014) lahko različno prispevajo k motnji, ki je specifična za komorbidnost z mejno OM in nekatere od teh povezav so lahko vezane na spol (Chou, Dawson, Goldstein, Grant, Huang, Pickering, Pulay, Ruan, Saha, Smith in Stinson, 2008).

8 HISTRIONSKA OSEBNOSTNA MOTNJA

Histrionska osebnostna motnja se začne izražati v zgodnji odraslosti, opredeljujejo pa jo odstopanja v čustvovanju, kogniciji in medosebnem vedenju. Pri osebah s histrionsko OM lahko opazimo pretirano izražanje čustev, kar pogostokrat izpade kot neiskreno, svoja mnenja in občutja pa izražajo z ekstremnimi pojmi brez podrobnosti. Take osebe se z lahkoto vodi, saj hitro podležejo pritisku družbe in trenutnim trendom, ter pogosto zelo hitro zaupajo drugim in odnose z drugimi dojemajo veliko bolj intimne, kot so v resnici. Prav tako imajo veliko potrebo po hvaljenju in odobravanju drugih, saj jim lastna vizualna podoba veliko pomeni, zaradi česar pa jih lahko po drugi strani kritike drugih ljudi močno potrejo (Lilienfeld in Smith, 2012).

9 DISSOCIALNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Dissocialno osebnostno motnjo sestavljata kršenje pravil, ter neupoštevanje in nespoštovanje pravic drugih. Hervey M. Cleckey (1976, po Kay in Tasman, 2006) je moderni psihologiji prvi predstavil koncept "psihopatije", ki se nanaša na psihološke procese in odklon osebnosti namesto na agresivno vedenje. Koncept psihopatije je ožji od dissocialne motnje, zaradi česar večina "psihopatov" ustreza kriterijem dissocialne OM, vendar pa ne ustrezajo vse osebe z diagnozo dissocialne OM tudi kriterijem psihopatije (Kay in Tasman, 2006).

V MKB-10 kršenje pravil in nespoštovanje čustev drugih spremlja tudi nizka toleranca do frustracije in nagnjenje k obtoževanju drugih ali racionaliziranje neprimerne vedenja, zaradi česar je oseba z dissocialno OM v konfliktu s družbo (WHO, 2016).

Veliko strokovnjakov je mnenja, da je diagnoza dissocialne osebnostne motnje v DSM preveč vezana na kriminalno vedenje in bolj kot vedenje jih zanimajo nestabilni medosebni odnosi, egocentričnost, neupoštevanje pravic drugih in neuspešno učenje iz izkušenj. Prav tako menijo, da je za strogo osebnostno komponento te motnje značilen niz lastnosti, kot so neodgovornost, brezobzirnost, izkoriščanje, impulzivnost in zavajanje (Livesley, 2007, po National Collaborating Center for Mental Health, 2010).

Medtem, ko je diagnoza dissocialne osebnostne motnje najboljše ovrednotena osebnostna motnja in je dosledno vključena v skupnost in raziskave, pa je sociopatija skoraj vedno diagnosticirana v zaporih, saj je povezana s kriminalnim vedenjem. Raziskave izven zaporov so večinoma izvedene na podlagi lastnosti sociopatije (Bucholz, Few, Werner, 2015).

9.1 Kriterij

Dissocialna osebnostna motnja je bila leta 1952 prvič vključena v DSM-I kot sociopatska motnja osebnosti in za te osebe je veljalo, da so kronično asocialni in ne izkusijo koristi iz izkušenj in iz kazni, vključili pa so tudi že prej zapisano psihopatsko osebnost in konstitucionalno psihopatsko stanje (Crego in Widiger, 2014).

V DSM-5 je predstavljen diagnostični kriterij, ki ga sestavljajo štirje pogoji, od tega ima prvi pogoj 7 podkriterijev, od katerih mora oseba ustrezati vsaj petim, da ji lahko postavimo diagnozo dissocialne osebnostne motnje. (A) Oseba kaže razširjen vzorec neupoštevanja in kršenja pravic drugih, kar se pojavlja od petnajstega leta starosti naprej. (1) Neuspešno prilagajanje družbenim normam v skladu z zakonitim vedenjem, prikazano s ponavljajočimi dejanji, ki so lahko podlaga za aretacijo. (2) Zavajanje, razvidno iz ponavljajočega laganja, uporabe vzdevkov ali izkoriščanje drugih za osebni dobiček ali užitek. (3) Impulzivnost ali neuspešno načrtovanje vnaprej. (4) Razdražljivost in agresivnost, prikazano s ponavljajočimi fizičnimi napadi ali boji. (5) Nepremišljeno ogrožanje lastne varnosti ali varnosti drugih. (6) Stalna neodgovornost, prikazana s ponavljajočo neuspešnostjo doslednega delovnega obnašanja ali spoštovanja finančnih obveznosti. (7) Pomanjkanje občutka krivde, prikazano kot ravnodušno vedenje ali racionaliziranje, če koga rani, zlorabi ali komu kaj ukrade. (B) Oseba mora biti starejša od 18 let. (C) Obstajajo dokazi o motnjah vedenja pred petnajstim letom starosti. (D) Pojavljanje dissocialnega vedenja je prisotno tudi, če oseba nima shizofrenije ali bipolarne motnje (APA, 2013).

9.2 Etiologija

Razvoj dissocialne osebnostne motnje je posledica interakcije med genskim zapisom in okoljem. Ni znan noben točno določen gen ali okoljski dejavnik, ki bi bil lahko edini razlog za razvoj te osebnostne motnje. Njen razvoj je odvisen od niza dogodkov (npr. fizično nasilje in zanemarjanje), ter izkušenj v interakciji z osnovnimi predispozicijami (npr. agresija in neupoštevanje pravic drugih) katerih vpliv se začne kazati s časom (Crego, Widiger, 2018). Christopher Ferguson (2015) je opravil meta-analizo vedenjsko genetskih raziskav z dvojčki in ugotovil, da lahko 56% variance dissocialne OM razložimo preko genetskega vpliva, od tega 11% zaradi skupnih okoljskih vplivov in 31% zaradi edinstvenih okoljskih vplivov.

Sociopatija in psihopatija sta prepoznani kot različici širše motnje dissocialnega vedenja. Nekateri pravijo, da sta psihopatija in sociopatija sinonima, vendar je med njimi vseeno veliko takih, ki uporabljajo sociopatijo kot opis stanja, ki je blažje od psihopatije. To prepričanje je sicer pravilno, a obstaja tudi zmotno prepričanje, da je sociopatija lažja oblika psihopatije (Kuczynski, 2012). Posameznike, prepoznane kot sociopati, lahko opišemo kot osebe, ki imajo neprilagojen socialni karakter, zaradi neprimerne vzgoje in ne zaradi dednih posebnosti temperamenta. Tiste, ki ustrezajo kriterijem psihopata, pa lahko opišemo kot posameznike, pri katerih je normalen proces socializacije neuspešno oblikoval mehanizme vesti in navade spoštovanja zakonov, ki običajno omejujejo dissocialne impulze (Lykken, 2005).

9.3 Pogostost

Dissocialna osebnostna motnja se pojavlja pri 2-3% splošne populacije, medtem ko kar 50% oseb v zaporih ustreza pogojem diagnoze te motnje (Hatchett, 2015). Dve raziskavi, opravljene v Severni Ameriki sta pokazali prisotnost dissocialne osebnostne motnje pri 4,5% in pri 6,8% moških, medtem ko je bila pri ženskah v obeh raziskavah 0,8% (National Collaborating Center for Mental Health, 2010).

Ker je sociopatija vezana bolj na razvoj v okolju nasilja, zlorabe in zanemarjanja, se število sociopatov spreminja glede na spremembe v sociokulturnem okolju. Ker je vedno več družin z enim staršem, se tudi večja število sociopatov, saj tako okolje lahko vpliva na razvoj fiziologije, ki je podobna psihopatiji. Odraščanje v razbiti družini pa lahko vpliva tudi na razvoj agresivnega vedenja, ki je značilno za dissocialno OM (Walsh, Wu, 2008).

10 NARCISISTIČNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Sigmund Freud je leta 1914 opisal koncept narcisizma kot vlaganje libida v lasten ego namesto v medosebne odnose in s tem prispeval osnovne elemente, ki so pripeljali do današnjega opisa, psihoanalitičnega razumevanja in zdravljenja narcisistične osebnostne motnje. Koncept normalnega in patološkega narcisizma pa je bil razjasnjen s strani kasnejših teoretikov, kot so Klein, Rosenfeld in Kohut (Kernberg, 2004).

Otto F. Kernberg je leta 1967 izhajal iz teorij Kleina in Rosenfelda in osebe z narcisistično osebnostno motnjo opisal kot osebe, ki doživljajo patološko grandioznost z agresijo, so pretirano zagledani vase in imajo občutek večvrednosti in lastne pomembnosti ter edinstvenosti, značilni pa so tudi močna nihanja v čustvovanju. Narcisistične osebnosti imajo resne težave z medosebnimi odnosi, z učinkovitim socialnim prilagajanjem, razumevanjem pravic in pomanjkanjem empatije. Prav tako prezirajo, zaničujejo in ne spoštujejo drugih, ter so zelo zavistne in nezmožne sprejemanja kritik iz okolice (Ronningstam, 2005).

11 IZOGIBAJOČA OSEBNOSTNA MOTNJA

Leta 1987 so v DSM-III-R ločili izogibajočo osebnostno motnjo od socialne fobije. Socialna fobija je postala vezana le na anksioznost zaradi javnega nastopanja, medtem ko so splošen medosebni strah in izogibanje poimenovali izogibajoča osebnostna motnja (Leonardo, Liebowitz, Meaney, 2015).

Za osebe z izogibajočo OM so značilni sramežljivost, družbeno zadrževanje in preobčutljivost na negativne kritike (Robinson, 2010). Prav tako te osebe doživljajo občutek manjvrednosti in čeprav imajo močno željo po medosebnih odnosih, se počutijo preveč negotove, da bi pristopile do drugih ali izrazile svoja čustva. Poleg tega se zaradi strahu pred kritikami in zavrnitvijo izogibajo tudi vsem aktivnostim, ki vključujejo pomembne medosebne stike (Rojas, Widiger, 2015).

12 ODVISNOSTNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Osebe z odvisnostno osebnostno motnjo mislijo, da ne doprinesejo ničesar in se zaradi tega hitro podredijo drugim. Njihovo obnašanje je odvisno od reakcij drugih in posledično so zelo ustrezljive, saj ves čas iščejo potrditev, prav tako pa se pogostokrat zanašajo na odločitve drugih. Kadar so same ali v poziciji, ko morajo same prevzeti iniciativo, se počutijo nelagodno in prestrašeno, saj se bojijo zavrnitve in ne želijo biti v konfliktu s komerkoli. (Seligman, Reichenberg, 2013).

Loas, Cormier in Perez-Diaz (2011) so opravili raziskavo, kjer so preverjali verjetnost povezave med pojavom nasilja v družini in odvisnostno osebnostno motnjo, ter ugotovili, da je verjetnost za nasilje v razmerju večje, če ima oseba odvisnostno osebnostno motnjo, kot katero drugo OM. Prav tako je to nasilje pogostejše iz strani moških, kar lahko izhaja iz strahu pred izgubo partnerja in želji po zmanjšanju ali preprečitvi možnosti zapustitve s pomočjo fizičnega nasilja (Berk in Rhodes, 2005, po Disney, 2013).

13 OBSESIVNO KOMPULZIVNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Obsesije so neželene in zaskrbljujoče ideje, podobe ali impulzi, ki se pogostokrat pojavljajo v mislih obolelih. Kompulzije pa so ponavljajoča stereotipizirana vedenjska ali miselna vedenja, ki jih vodijo pravila, ki je treba strogo upoštevati in s temi dejanji oseba ne dokonča nobene uporabne naloge. Kompulzije niso prijetne in namenjena so lažšanju anksioznosti, ki jo izzovejo obsesije (Fineberg, Heyman, Mataix-Cols, 2006). Obsesivno-kompulzivna osebnostna motnja pa je karakterizirana s pretirano skrbjo z urejenostjo, perfekcionizmom, ter duševnim in medosebnim nadzorom (Menchon, 2012).

14 ZNANE OSEBE Z OSEBNOSTNIMI MOTNJAMI

Znanikomedijant Doug Ferrari je bil leta 1995 diagnosticiran z mejno osebnostno motnjo, s katero se je začel spopadati še z zlorabo alkohola in drog, kar pa je vodilo v dodatno anksioznost in depresijo, ter posledično izgubil ženo in dom, vendar je do leta 2000 poiskal primerno pomoč pri strokovnjakih. Sedaj svojo zgodbo deli z ostalimi in svojo platformo izkorišča za ozaveščanje o bipolarni osebnostni motnji (Fagan, 2004).

Prav tako naj bi bila z mejno osebnostno motnjo diagnosticirana ameriška igralka Angelina Jolie, po tem ko se je prostovoljno odločila za zdravljenje v Neuropsychiatric Institute zaradi samomorilnih misli (New Health Guide, 2018).

Veliko strokovnjakov se je že osredotočalo na to, katere osebnostne motnje je imel Adolf Hitler in prišlo je do veliko različnih ugotovitev. Eden prvih, ki je zapisal svoja opažanja glede Hitlerjeve osebnosti je bil Carl Jung, ki ga je leta 1939 opisal kot nehumanega in, da je njegov edini cilj vzpostaviti Tretji Rajh. Za njim je leta 1943 oceno mejne osebnostne motnje postavil Walter Langer. Leta 1973 pa je Erich Fromm ocenil, da je imel Hitler narcisistično osebnostno motnjo in Ojdipov kompleks (Coolidge, Davis, Segal, 2007).

Megan Fox in Jessica Simpson sta znani osebnosti, katerima je skupno, da naj bi imeli histrionsko osebnostno motnjo (Avalon Malibu, 2018). Odvisnostno osebnostno motnjo naj bi imel David Beckham (Health Research Funding, 2018). Drew Pinsky pravi, da so igralci in umetniki kot demografska skupina bolj nagnjeni k narcisistični osebnostni motnji kot druge demografske skupine. Lady Gaga, Kim Kardashian, Kanye West, Miley Cyrus in Madonna naj bi imeli narcisistično osebnostno motnjo (Chukwu, 2016).

15 SKLEPI

Osebnostne motnje so neprilagodljiv, trajni vzorec ponotranjenih izkušenj in vedenj, ki se razlikujejo od pričakovanj kulture, v kateri posameznik živi. V času adolescence in zgodnje odraslosti je ta vzorec najbolj pogost in spremenljiv, vendar se sčasoma umiri in postane stabilen (Kay in Tasman, 2006). Posledica takega stanja so problemi v delovanju v družinskih, socialnih in družbenih aktivnostih in lahko vodijo do osebne stiske ali prizadetosti (Parekh, 2015).

OM se delijo v tri razrede, in sicer v razred A, kamor spadajo ekscentrične in čudaške osebe, to so ljudje s paranoidno, shizoidno in shizotipsko OM, saj so za njih značilni neprilagodljivi medosebni odnosi in popačeno razmišljanje. V razred B spadajo dissocialne osebe, to so osebe z mejno, dissocialno, histrionsko in narcisistično OM, za njih pa je značilna težava z nadziranjem impulzivnosti in čustev. Razred C pa sestavljajo bojzljive osebe, to so osebe z izogibajočo, odvisnostno in obsesivno kompulzivno OM, njihova skupna lastnost pa je visoka stopnja anksioznosti in strah pred kritiko (Benedik, 1997).

Razlogi za razvoj OM so lahko različni, na to lahko vpliva genetska predispozicija, izkušnje navezanosti, travmatski dogodki, družina, ter sociokulturne in politične moči. Vsi dejavniki so med seboj povezani in vplivajo en na drugega, prav tako pa oblikujejo osebo in njeno percepcijo sveta okoli sebe (Magnavita, 2004).

Raziskava iz leta 2009, ki jo je opravil Huang s kolegi je prikazala, da se osebnostne motnje pojavljajo pri približno 6,1% svetovne populacije. Raziskavo so opravili v 13 državah sveta in najnižja stopnja pojavnosti je bila 2,4% v zahodnem delu Evrope (Belgija, Francija, Nemčija, Italija, Nizozemska, Španija), najvišja pa 7,9% v Kolumbiji (Huang idr., 2009). Ženskam je večkrat postavljena diagnoza odvisnostne, histrionske in mejne osebnostne motnje, medtem ko se pri moških pogosteje pojavljajo dissocialna, narcisistična in obsesivno-kompulzivna osebnostna motnja (Anderson, Sankis in Widiger, 2001).

Označba mejna osebnostna motnja se je prvič pojavila leta 1938, ko je Adolf Stern želel poimenovati bolnike, ki so mejili na psihozo in nevrozo (Boomsma, Distel in Trull, 2009). Leta 1980 (Frodl, Meisenzahl, Möller, Preuss, Seifert in Zetsche, 2009) je bila vključena v DSM, kjer je opisana kot vzorec impulzivnosti in nestabilnosti v medosebnih odnosih in samopodobi, kar se izraža v različnih kontekstih (APA, 2013). Za tiste, ki imajo mejno osebnostno motnjo je značilno, da so impulzivne, imajo nihanja med ljubeznijo in sovraštvom, so iracionalne in svet delijo le na dobro in slabo (Groves in Zimmerman, 2010). Čeprav je mejna osebnostna motnja najpogosteje obravnavana osebnostna motnja v klinični psihologiji (Gabbard in Goin, Gunderson, Oldham, Phillips, Soloff, Spiegel in Stone, 2010),

je velikokrat njena diagnoza lahko postavljena tudi ljudem, ki imajo le podobne lastnosti, ne kažejo pa vseh simptomov (Fox, 2015).

Tako kot vse osebnostne motnje, je tudi mejna OM odvisna od več dejavnikov, ki vplivajo na njen razvoj. Čeprav so bila v preteklosti mnenja deljena na vpliv narave proti vplivu vzgoje, pa je vedno več podatkov, ki dokazujejo, da na njen razvoj vplivata oba dejavnika (Jackson in Krawitz, 2008). Tisti, ki imajo genetske predispozicije za razvoj mejne OM, so lahko podvrženi okoljskim dejavnikom, kot so spolno oziroma fizično nasilje (Magnavita, 2004), ki spodbudijo njen razvoj in simptome le poslabšajo (Pally, 2002).

V zahodnem delu sveta je približno 0,5-2,0% odraslih z mejno osebnostno motnjo in približno 70% je žensk (Jackson in Krawitz, 2008), pri katerih pa je mejna OM tudi povezana z znatno duševno in fizično prizadetostjo (Grant idr., 2008).

Dissocialna osebnostna motnja je bila leta 1952 prvič vključena v DSM-I kot sociopatska motnja osebnosti in za te osebe je veljalo, da so kronično asocialni in ne izkusijo koristi iz izkušenj in iz kazni, vključili pa so tudi že prej opredeljeni psihopatsko osebnost in konstitucionalno psihopatsko stanje (Crego in Widiger, 2014). Pod pojem dissocialna osebnostna motnja spadata tudi sociopatija in psihopatija, kjer je za sociopatijo značilen neprilagojen socialni karakter predvsem zaradi okoljskih dejavnikov, za psihopatijo pa neuspešen razvoj vesti (Lykken, 2005).

Dissocialna osebnostna motnja je prisotna pri 2-3% splošne populacije (Hatchett, 2015), raziskave iz leta 2010 pa so pokazale, da se pojavlja pri 0,8% žensk in 4,5-6,8% moških (National Collaborating Center for Mental Health, 2010).

V preteklosti so se za najbolj učinkovit način zdravljenja osebnostnih motenj izkazale psihološke intervencije s psihoterapijo (Adam idr., 2007), vendar je diagnoza OM velikokrat postavljena že zelo pozno, zato nekaterim bolnikom taka vrsta zdravljenja ne koristi ali pa lahko stanje celo še poslabša (Chanen, 2015). Pri zdravljenju oseb z osebnostnimi motnjami je najpomembnejša vzpostavitev dobrega in trdnega zavezištva med klientom in terapevtom, saj ima veliko teh oseb težave z zaupanjem in v kolikor ne vzpostavijo zaupanja s terapevtom, jim pomoč ne koristi oziroma ni napredka (Tetley in Wilmot, 2010).

16 LITERATURA IN VIRI

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, 5th ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2018). *What causes personality disorders?*. Pridobljeno avgusta 2018 na <http://www.apa.org/topics/personality/disorders-causes.aspx>

Anderson, K.G., Sankis, L.M., Widiger, T.A. (2001). Pathology Versus Statistical Infrequency: Potential Sources of Gender Bias in Personality Disorder Criteria. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189* (10), 661–66.

Bateman, A.W., Gunderson, J., Mulder, R. (2015). Treatment of Personality Disorder. *Lancet, 385*, 735-743.

Benedik, E. (1997). Problem pojmovanja in klasificiranja motenj osebnosti. *Psihološka obzorja, 6* (3), 77-85. Ljubljana

Biskin, R.S. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 60* (7), 303-308.

Bleidorn, W. (2015). What accounts for personality maturation in early adulthood? *Current Directions in Psychological Science, 24* (3), 245-252.

Briley, D.A., Tucker-Drob, E.M., (2014). Genetic and Environmental Continuity in Personality Development: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 140* (5), 1303-1331.

Chanen, A.M. (2015). Borderline personality disorder in young people: are we there yet? *Journal of Clinical Psychology, 71*, 778-791.

Chukwu, M. (2016). *Top 6 Celebrities With Narcissistic Personality Disorder*. Pridobljeno na <http://www.psychologyandi.com/top-5-celebrities-with-narcissistic-personality-disorder/>

Cloninger, C.R. (2007). Beyond management to cure: enhancing the positive dimensions of personality. V van Luyn, B., Ahktar, S., Livesley, W.J. (ur.) *Severe Personality Disorders*. (str. 79-92). Cambridge: Cambridge University Press.

Coolidge, F.L., Davis, F.L., Segal, D.L. (2007). Understanding Madmen: A DSM-IV Assessment of Adolf Hitler. *Individual Differences Research*, 5 (1). Colorado Springs

Corr, P.J., Matthews, G. (2009). *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Crego, C., Widiger, T.A.(2014). Psychopathy and the DSM. *Journal of Personality*, 83 (6), 665-677. Wiley Periodicals, Inc.

Crego, C., Widiger, T.A. (2018). Antisocial-psychopathic personality disorder. Martel, M.M., (ur.) *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders*. (str. 91-118). Elsevier Inc.

Crocq, M.-A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 147–153.

Disney, K.L. (2013). Dependent personality disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 33 (8), 1184-1196. Elsevier Ltd.

Distel, M.A., Trull, T.J., Boomsma, D.I. (2009). Genetic Epidemiology of Borderline Personality Disorder. V Jackson, M.H., Westbrook, L.F. (ur.) *Borderline Personality Disorder: New Research*. (str. 1-32). New York: Nova Science Publishers, Inc.

Duggan, C., Huband, N., Smailagic, N., Ferriter, M., Adams, C. (2008) The use of Psychological Treatments for People with Personality Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Personality and Mental Health*, 1, 95–125.

Esteberg, M.L., Goulding, S.M., Walker, E.F. (2010). A Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32 (4), 515–528. Atlanta: Department of Psychology, Emory University Laney Graduate School of Arts and Sciences.

Fagan, K. (2004). Recovered comedian's second act / After homelessness, Doug Ferrari is headlining again. *San Francisco Chronicle*. Pridobljeno julija 2018 na <https://www.sfchronicle.com/health/article/Recovered-comedian-s-second-act-After-2711359.php>

Famous Celebrities with Borderline Personality Disorder. Pridobljeno julija 2018 na <http://www.newhealthguide.org/Famous-People-With-Borderline-Personality-Disorder.html>

Famous People with Dependent Personality Disorder. Pridobljeno julija 2018 na <https://healthresearchfunding.org/famous-people-dependent-personality-disorder/>

Ferguson, C.J. (2010) Genetic Contributions to Antisocial Personality and Behavior: A Meta-Analytic Review From an Evolutionary Perspective. *The Journal of Social Psychology*, 150 (2), 160-180.

Fox, D.J. (2014). *Clinician's Guide to the Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. Eau Claire: PESI Publishing and Media.

Fox, D. J. (2015). *Antisocial, Borderline, Narcissistic and Histrionic Workbook: Treatment Strategies for Cluster B Personality Disorders*. Eau Claire: PESI Publishing & Media.

Gawda, B., Czubak, K. (2017). Prevalence of Personality Disorders in a General Population Among Men and Women. *Psychological Reports*, 0(0), 1-17.

Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D., Smith, S.M., Dawson, D.A., Pulay, A.J., Pickering, R.P., Ruan, W.J. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (4), 533-545.

ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., de Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*. 16 (249), 1-10.

Hatchett, G. (2015) Treatment Guidelines for Clients with Antisocial Personality Disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 37 (1), 15-27.

Hayes, N. (2000). *Foundations of Psychology*. Cenage Learning EMEA.

Heyman, I., Mataix-Cols, D., Fineberg, N.A. (2006). Obsessive-compulsive disorder. *British Medical Journal*, 333 (7565), 424-429.

Heyman, I., Mataix-Cols, D., Fineberg, N.A. (2006). Obsessive-compulsive disorder. *British Medical Journal*, 333 (7565), 424-429.

Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Demyttenaere, de Graaf, R., Gureje, O., Nasser Karam, A., Lee, S., Lépine, J.P., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Suliman, S., Vilagut, G., Kessler, R.C. (2009). DSM–IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*. 195, 46-53.

Kay, J., Tasman, A. (2006). *Essentials of Psychiatry*. West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.

Kernberg, O.F. (2004). *Contemporary Controversies in Psychoanalytic Theory, Techniques, and their Applications*. New Haven: Yale University Press

Krawitz, R., Jackson, W. (2008). *Borderline Personality Disorder : Borderline Personality Disorder*. Oxford: Oxford University Press USA – OSO.

Kress, V., Barrio Minton, C.A., Adamson, N.A., Paylo, M.J., Pope, V. (2014). The Removal of the Multiaxial System in the DSM-5: Implications and Practice Suggestions for Counselors. *The Professional Counselor Journal*, 4(3), 191–201.

Kuszynski, J. (2012). *Empiricism and the Foundations of Psychology*. Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

Lawson, W. (2008). *Concepts of normality : the autistic and typical spectrum*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Leedom, L. J. (2014). Human social behavioural systems: Ethological framework for a unified theory. *Human Ethology Bulletin*, 29(1), 39–65.

Loas, G., Cormier, J., Perez-Diaz, F. (2011). Dependent personality disorder and physical abuse. *Psychiatry Research*, 185(1–2), 167–170. Elsevier Ltd.

Lykken, D.T. (2005). Psychopathic Personality: The Scope of the Problem. V Patrick, C. J. (ur.) *Handbook of Psychopathy*. (str. 3-13). New York: The Guilford Press.

Meaney, M.J., Liebowitz, M.L.m Leonardo, E.D. (2015). Neurobiology of Anxiety Disorders. V Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J.A., First, M.B., Riba, M.B. (ur.) *Psychiatry: Fourth Edition*. (str. 1706-1748). West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.

Magnavita, J.J. (2004). Classification, Prevalence, and Etiology of Personality Disorders: Related Issues and Controversy. V (ur.) *Handbook of Personality Disorders : Theory and Practice*. (str.3-23). West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.

Menchon, J.M. (2012). Assessment. V Zohar, J. (ur.). *Obsessive Compulsive Disorder : Current Science and Clinical Practice*. (str. 3-23). John Wiley and Sons, Inc.

Millon, T., Grossman, S. Millon, C. Meagher S., in Ramnath, R. (2004). Personality disorders in modern life. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Millon, T., Grossman, D. (2006). Millon's Evolutionary Model for Unifying the Study of Normal and Abnormal Personality. V Strack, S. (ur.). *Differentiating normal and abnormal personality*. (str. 3-49). New York: Springer publishing company.

National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society.

National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention*. Leicester: British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Newton-Howes, G., Clark, L.A., Chanen, A. (2015). Personality Disorder Across the Life Course. *Lancet*, 385, 727-734.

Oldham, J. M., Gabbard, G. O., Goin, M. K., Gunderson, J., Soloff P., Spiegel, D., Stone, M., Phillips, K. A. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Pally, R. (2002). The Neurobiology of Borderline Personality Disorder: The Synergy of "Nature and Nurture". *Journal of Psychiatric Practice*, 8, 133-142.

Parekh, R. (2015). *What is Mental Illness?*, pridobljeno maja 2018 na <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>

Robinson, D.A. (2010). Sad, Bad or Mad: Common Personality Disorders in Firms. V Hicks, R.E. (ur.). *Personality and Individual Differences: Current directions*. Bowen Hills: Australian Academic Press.

Ronningstam, E. (2005). *Identifying and Understanding the Narcissistic Personality*

Seligman, L., Reichenberg, L. W. (2013). *Selecting Effective Treatments: A Comprehensive Systematic Guide to Treating Mental Disorders, Includes DSM-5 Update Chapter*. West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.

Seligman, L., Reichenberg, L. W. (2016). *Selecting Effective Treatments: A Comprehensive, Systematic Guide to Treating Mental Disorders*. West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.

Smith, S.F., Lilienfeld, S.O. (2012). Histrionic Personality Disorder. V Ramachandran, V.S. (ur.) *Encyclopedia of Human Behavior, 2nd ed.* (str. 312-315). San Diego: Elsevier, Inc.

Terracciano, A., McCrae, R.R., Costa, P.T. (2010). Intra-individual change in personality stability and age. *Journal of Research in Personality, 44*. 31-37.

Trull, T. J., Widiger, T.A. (2003). Personality Disorders. V Weiner, I.B., Widiger, T.A. (ur.) *Handbook of Psychology, Clinical Psychology*. (str. 149-167). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc.

Walsh, A., Wu, H. (2008). Differentiating antisocial personality disorder, psychopathy, and sociopathy: evolutionary, genetic, neurological, and sociological considerations. *Criminal Justice Studies, 21* (2). 135-152.

Werner, K. B., Few, L. R., Bucholz, K. K. (2015). Epidemiology, Comorbidity, and Behavioral Genetics of Antisocial Personality Disorder and Psychopathy. *Psychiatric Annals, 45*(4), 195–199.

Widiger, T.A., Rojas, S.L. (2015). Personality Disorders. V Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J.A., First, M.B., Riba, M.B. (ur.) *Psychiatry: Fourth Edition*. (str. 1706-1748). West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.

Willmot, P., Tetley, A. (2010). What Works with Forensic Patients with Personality Disorder? Integrating the Literature on Personality Disorder, Correctional Programmes and Psychopathy. V Willmot, P., Gordon, N. (ur.) *Working Positively with Personality Disorder in Secure Settings : A Practitioner's Perspective*. (str. 35-49). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc.

Which Celebrities Have Histrionic Personality Disorder? Pridobljeno julija 2018 na <https://www.avalonmalibu.com/blog/which-celebrities-have-histrionic-personality-disorder/>

World Health Organization (2016). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Pridobljeno avgusta 2018 na <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F20-F29>

Zetsche, T., Frodl, T., Preuss, U.W., Seifert, D., Möller, H., Meisenzahl E.M. (2009). Neurobiology of Borderline Personality Disorder : Present State And Future Directions. V Jackson, M.H., Westbrook, L.F. (ur.) *Borderline Personality Disorder: New Research*. (str. 81-98). New York: Nova Science Publishers, Inc.

Ziherl, S. (1999). Osebnostne motnje. V Tomori, M in Ziherl, S. (ur.) *Psihijatrija*. (str. 292-301). Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Planprint.

Zimmerman, D.J., Groves, J.E. (2010) Difficult Patients. V *General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry (Sixth Edition)*. (str. 511-526). Massachusetts