

Agresivna zavrtost v luči nekaterih osebnostnih motenj

*Miloš Židanik**

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Maribor

Povzetek: V prispevku primerjam depresivno, odvisnostno in obsesivno-kompulzivno osebnostno motene ljudi ter ljudi brez osebnostne motnje glede na stopnjo agresivne zavrtosti, ki se izraža v simptomih agresivne zavrtosti v smislu telesnega motoričnega sproščanja notranje napetosti, kot so razne razvade in simptomi (npr. grizenje nohtov, močenje postelje) in v vedenjskih vzorcih agresivne zavrtosti, ki se kažejo v medosebnih odnosih (pomanjkanje asertivnosti). Podatke v vzorcu, ki so ga sestavljali odrasli ljudje, ki so bili pregledani v psihiatrični ambulanti ($n = 138$), sem dobil s pomočjo vprašalnika s samoocenjevanjem, ki je v osnovi namenjen prepoznavanju osebnostnih motenj. Rezultati kažejo na statistično značilno pogostejšo prisotnost simptomov agresivne zavrtosti obsesivno-kompulzivno osebnostno motenih v primerjavi z ljudmi brez osebnostne motnje, pri depresivno osebnostno motenih so značilno povečani simptomi agresivne zavrtosti ter delno tudi znaki vedenjske agresivne zavrtosti, pri odvisnostno osebnostno motenih pa so razlike statistično značilne pri obeh merjenih znakih. Podobna slika je pri primerjavi osebnostno motenih ljudi med seboj – obsesivno kompulzivni so glede na vedenjsko izraznost agresivne zavrtosti manj agresivno zavrti od depresivno in odvisnostno motenih in depresivno moteni manj kot ljudje z odvisnostno osebnostno motnjo. Glede simptomov agresivne zavrtosti med ljudmi z osebnostno motnjo ni pomembnih razlik. Smisel omenjene primerjave je v olajšanem diagnosticiranju osebnostnih motenj med kliničnim pregledom, ko so nam lahko vedenjski znaki agresivne zavrtosti v pomembno oporo ob diferencialno-diagnostičnem razmišljanju ob posameznem bolniku.

Ključne besede: osebnostne motnje, zavrtost, odrasli, psihopatologija, psihodiagnostika, agresivnost

Suppression of aggression in regard of some personality disorders

Miloš Židanik

Dr. Adolf Drolc Health Center, Maribor, Slovenia

Abstract: In this article people with depressive, dependent and obsessive-compulsive personality disorder and people without personality disorder are compared in regard of the suppression of aggression that shows itself in physical symptoms (i.e. nail biting) or in interpersonal behaviour (lack of assertiveness). Data from the sample (138 people from psychiatric ambulatory care unit) were obtained using a self-evaluation questionnaire for personality disorders. Results show significant differences between people with obsessive-compulsive disorder and those without any personality disorder in regard of the presence of symptoms. We also found significant differences between depressive and dependent disordered

**Naslov / address: Miloš Židanik, dr. med., spec. psihiater in psihoterapevt, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Dispanzer za psihohigieno, Sodna ulica 13, 2000 Maribor, e-mail: milos.zidanik@zd-mb.si, URL: <http://www.zd-mb.si/spoznajte/milos/MZidanik.htm>*

persons in comparison with those without any personality disorder in regard of the presence of symptoms and behaviour patterns. Collected data also suggest that people with dependent personality disorder show a higher degree of suppression of aggression in behaviour patterns than those with depressive personality disorder. The later show a higher degree of suppression of aggression in behaviour patterns as people with obsessive-compulsive personality disorder. There were no significant differences between different personality disordered persons regarding symptoms of aggressive suppression. The aim of this article is better differential diagnostics regarding personality disorders mentioned.

Key words: suppression, adults, psychopathology, psychodiagnostics, personality disorders, aggression

CC=3217

Agresivna zavrtost je pojem, ki izhaja iz psihoanalitičnih smeri. Uvedel ga je Harald Schultz-Hencke po integraciji predhodnih, predvsem Freudovih spoznanj in pomeni, da se posameznik na polju te temeljne gonske težnje ne more samouresničevati. Schultz-Hencke govori o zavrtosti teženj po pridobivanju, kar vodi v depresivno strukturo osebnosti in zavrtosti teženj po zadržanju, kar skupaj z zavrtostjo agresivnih teženj v ožjem pomenu besede vodi v razvoj anankastične nevrotične strukture osebnosti. Agresivne težnje so v osnovi konstruktivne težnje po motorični ekspanzivnosti, osamosvajanju, uveljavljanju, priznanju in obvladovanju. To nakazuje že latinski izvor besede (*ad-gredior*), kar pomeni lotiti se nečesa. Do agresivne zavrtosti pride pri človeku, ki ni imel dovolj možnosti za razvoj samoaktivnega udejstvovanja. Zaradi pomanjkljive podjetnosti in dejavnosti se v človeku ne more izoblikovati občutje lastne sposobnosti in vrednosti, manjkajo impulzi za uveljavljanje lastnega hotenja in samega sebe (Bregant, 1986; Praper, 1999). Seveda gre tudi pri težnjah po pridobivanju in zadržanju za agresivno problematiko, se pravi za agresivno zavrtost v širšem pomenu besede.

Odkar je Schulz-Hencke postavil svojo teorijo na podlagi id-patologije, je minilo že precej časa. V tem časovnem prostoru je zrasla ego-patologija in teorija objektnih odnosov. Pojem mejne organizacije osebnosti se je začel pojavljati v tridesetih letih prejšnjega stoletja. Kernberg je govoril o relativno stabilni osebnosti, ki je glede na globino ego deficitov bliže nevrozi ali psihozi. Jedro mejne organizacije osebnosti je v razvojnih deficitih ega na številnih razvojnih linijah – separacije in individualizacije, na liniji razvoja obramb, objektnih odnosov, obvladovanja impulzov in drugih linijah. Simptomatsko imajo ti ljudje predvsem težave v interakciji z okoljem. Čeprav lahko intrapsihično doživljajo nevrotične stiske in kažejo nevrotične simptome, pa je razlika v ozadju – tu je primarno ego patologija in ne zavrtost teženj (Praper, 1999). Problem agresivne energije pri mejno strukturiranih je predvsem v kopičenju agresivne energije s potlačevanjem zaradi rigidnih obrambnih mehanizmov in nefunkcionalnih medosebnih

odnosov, ki jih mejno strukturirani posameznik vzpostavlja in v katerih bi lahko prihajalo do sprotnega in konstruktivnega sproščanja agresivne energije. Tako pa prihaja ob zunanjih in notranjih stresorjih do preboja agresivne energije navzven v smislu vzkipljivosti ali navznoter v smislu depresije in avtoagresivnih dejanj zaradi nizke frustracijske tolerance in oslABLJENE ter rigidne kontrole impulzov. Vedenjski znaki agresivne zavrtosti v smislu slabe asertivnosti so tako lahko tudi posledica omenjenih nezrelih in rigidnih obramb – če se posameznik boji lastnih propulzivnih reakcij v odnosu z drugimi ljudmi, ker ne zmore konstruktivne borbe za lastne cilje in ideale, si to borbo enostavno zaradi posledičnih občutkov krivde prepove in impulze po njej izrine.

Na psihoanalitičnih temeljih so nastale simptomatske psihiatrične diagnostične entitete, ki pa imajo kljub vsemu jasen psihoanalitični izvor (APA, 1994; WHO, 1995). Za vse osebnostno motene ljudi je značilno, da lahko pri njih pride do krajših psihotičnih epizod, kar skupaj z uporabo nezrelih obramb govori za mejno osebnostno strukturo. Hkrati pa lahko v ozadju depresivne in odvisnostne osebnostne motnje ob ego deficitih prepoznamo tudi id-patologijo v smislu depresivne osebnostne strukture ter v ozadju obsesivno-kompulzivne osebnostne motnje anankastično osebnostno strukturo, ki jo je opisal Schultz-Hencke (Židanik, 1999). V slovenskem prostoru je Harald Schultz-Henckejeva teorija še vedno živo prisotna, vendar že preveč oddaljena od diagnosticiranja po MKB-10 (WHO, 1995). Zato se mi zdi smiselno primerjati že omenjene osebnostne motnje s starejšimi diagnostičnimi kategorijami, čeprav iz drugega časovnega obdobja, ko se je ego psihologija šele razvijala in čeprav iz drugega diagnostičnega prostora (psihoanalize). Tako bi lahko ohranili dragoceno znanje, ki je že prisotno v našem prostoru in ga samo nadgradili za uspešnejše diagnosticiranje aktualnih diagnostičnih entitet. Osebnostno moteni namreč v vsakodnevni klinični praksi prevladujejo, klinična slika pa je drugačna. Pri obsesivno-kompulzivno osebnostno motenih agresivna zavrtost nima več iste pojavnne oblike kot pri anankastični nevrotični strukturi osebnosti po Schultz-Henckejju, ker je ob id- pri njej prisotna (in praviloma tudi v ospredju) ego-patologija. Tako ne moremo enostavno prepisati ugotovljano agresivno in retentivno zavrtost tudi na mejno strukturirane. Kliničnega diagnostika bi lahko implicitna povezava zavrtosti teženj po zadržanju in agresivne zavrtosti v ožjem smislu z obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo ovirala pri točnem diagnosticiranju. Implicitna zato, ker je klinična slika Schultz-Henckejjeve anankastične osebnostne strukture v simptomatskem smislu pravzaprav identična obsesivno-kompulzivni osebnostni motnji in bi pomanjkanje agresivne in retentivne zavrtosti lahko preprečilo točno diagnostično opredelitev.

Namen tega prispevka je torej primerjava depresivne in odvisnostne osebnostne motnje po eni in obsesivno-kompulzivne osebnostne motnje po drugi strani v luči agresivne zavrtosti, da bi se tako preveril Schultz-Henckejev koncept agresivne zavrtosti tudi pri mejno strukturiranih ljudeh.

Metoda

Udeleženci

Med ljudmi, ki so prišli na pregled v psihiatrično ambulanto, je 262 ljudi izpolnilo vprašalnik za osebnostne motnje v nastajanju, katerega rezultate sem primerjal z rezultati kliničnega pregleda. Med temi vprašalniki sem izbral podatke 138 ljudi, od tega 63 moških in 75 žensk. Srednja starost je bila $38,8 \pm 10,2$ leti z mediano 40 let. Med temi ljudmi jih je bilo 35 brez osebnostne motnje, 13 jih je imelo depresivno osebnostno motnjo, 42 odvisnostno in 48 obsesivno-kompulzivno. Med odvisnostno motenimi je bilo 9 moških in 33 žensk, med depresivno osebnostno motenimi 6 moških in 7 žensk, pri obsesivno-kompulzivno motenih pa je razdelitev glede na spol drugačna – moških je bilo 29, žensk pa 19.

Pripomočki

Diagnozo sem postavil s pomočjo psihiatričnega intervjuja ob upoštevanju psihodinamičnih dejavnikov (Židanik, 2000) in kriterijev DSM-IV (APA, 1994) za posamezno osebnostno motnjo. Ob tem sem s pomočjo istih kriterijev ter ob upoštevanju postavk obstoječih vprašalnikov za osebnostne motnje (Millon in Davis, 1997; Spitzer, Benjamin, Williams, Gibbon in First, 1997) sestavil nov vprašalnik za osebnostne motnje. Racionalno veljavnost novega vprašalnika sem potrjeval s pomočjo teoretičnih osnov, ki so se našle v združevanju psihiatričnih in psihoanalitičnih konceptov (Židanik, 2002) s primerjavo diagnoz, dobljenih s pomočjo vprašalnika in kliničnega pregleda, ter s pomočjo desetih strokovnjakov, specialistov psihiatrov in kliničnih psihologov, ki so posamezne postavke in njihovo vezanost na posamezno osebnostno motnjo vrednotili na številčni lestvici od 1 do 5. Za preverjanje empirične veljavnosti sem uporabil faktorsko analizo. Odstotek pojasnjene variance s prvim faktorjem je 16,3 %, kar je relativno nizko, a pričakovano, glede na to, da merski instrument meri 11 različnih kategorij, ki se medsebojno prekrivajo in tako značilnosti ene osebnostne motnje nastopajo tudi v sklopu drugih osebnostnih motenj (APA, 1994; Dowson in Grounds, 1995; Nurnberg, Raskin in Levin, 1991; Oldham, Skodol in Kellman, 1992). Zato je tudi faktorsko strukturo težje opredeliti.

Z vprašalnikom dobljene podatke 264 ljudi sem obdelal s pomočjo faktorске analize prvega in drugega reda, kar mi je omogočilo prečiščenje vprašalnika ter večje ujemanje diagnoz, dobljenih s kliničnim pregledom in diagnoz, dobljenih s pomočjo vprašalnika. Sklicujoč se na izid faktorске analize, lahko opredelim instrument kot dovolj zanesljiv, saj je odstotek pojasnjene variance s skupnimi faktorji 65,1 %, torej je po zakonitosti $r_{tt} = \Sigma h^2$ koeficient njegove zanesljivosti vsaj $r_{tt} = 0,81$.

Omenjeni vprašalnik ima dva dela – prvi del izhaja iz psihiatričnega intervjuja in med drugim zajema podatke o simptomih agresivne zavrnosti. Tako so preiskovanci

odgovarjali na sledeča vprašanja: »Ste si kdaj grizli nohte, kožico ob nohtih, ustnice? Ste kot otrok sesali palec, močili posteljo, težje izgovarjali kako črko? Ste kdaj jecljali, se odhrkavali, zmigovali z glavo, rameni?« Na vsako od posameznih postavk so odgovarjali z DA ali NE. Omenjene postavke zajemajo različna področja agresivne zavrtosti, ki se seveda mestoma prepletajo tudi s pokrivanjem libidinoznih potreb. Tako je mišično praznenje notranje napetosti usmerjeno v različna področja, kamor se sicer investira libidinozna energija – od oralnega do uretralnega. Hkrati pa je moč prepoznati različne potrebe v ozadju simptomov, od potreb po pridobivanju do potreb po zadržanju. V drugem delu vprašalnika je 60 postavk, ki so ožje vezane na prepoznavanje osebnostnih motenj. Med temi vprašanji so postavke, ki zajemajo vedenjski del agresivne zavrtosti – kjer se agresivna zavrtost kaže v izraženih vedenjskih vzorcih:

1. Se lahko postavite in borite zase?
2. Znete zahtevati?
3. Ali popuščate drugim iz strahu, da bodo na vas jezni?
4. Ali kdaj opustite prizadevanja zaradi strahu, da stvari ne boste opravili do konca?
5. Ali pustite, da drugi sprejemajo važne odločitve namesto vas?

Tudi na ta vprašanja so odgovarjali z DA ali NE. Pri prvih dveh vprašanjih je bil diagnostični odgovor NE, pri drugih treh pa DA. Sicer so bile navedene postavke razmetane po vprašalniku in si niso sledile v zaporedju.

Pred faktorsko analizo 1. reda je znašala vrednost Keiser-Meyer-Olkinovega testa adekvatnosti vzorca 0,80, izid Barlettovega testa je pokazal na $p < 0,001$, kar je pokazalo na smiselnost faktorske analize. Vse vrednosti komunalitet so bile nad 0,50, kar pomeni, da so bile dobro nasičene s faktorjem merjenja. V faktorski analizi 1. reda sem upošteval 22 faktorjev, ki so pojasnili 65,6 % delež variance. Zaradi velikega števila faktorjev se je pokazala potreba po faktorizaciji drugega reda. Keiser-Meyer-Olkinov test adekvatnosti vzorca je bil 0,72 in izid Barlettovega testa $p < 0,001$, kar je pomenilo, da je bila tudi faktorizacija 2. reda upravičena. Vse vrednosti komunalitet so bile nad 0,40, kar pomeni, da so bile zadovoljivo nasičene s skupnim problemom merjenja. Čeprav je Scree-test pokazal, da je smiselno upoštevati največ 5 faktorjev, pa se je po ugotavljanju lastnih vrednosti in deleža pojasnjene variance faktorjev drugega reda pokazala potreba po upoštevanju 6 faktorjev za nadaljnjo analizo. Po Kaiser-Gutmannovem kriteriju ($\Lambda > 1$) 6 faktorjev pojasni 61,4 % variance. Faktorske osi so bile poševnokotno rotirane. V prečiščeni obliki vprašalnika se po omenjenih faktorskih analizah postavke, vezane na depresivno, odvisnostno in obsesivno-kompulzivno motnjo, vežejo na faktorje s obtežitvami, prikazani v tabeli 1.

Kot je razvidno iz razpredelnice, so postavke, vezane na depresivno in odvisnostno osebnostno motnjo, zasedale pretežno iste faktorje, postavke, vezane na obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo, pa druge.

Tabela 1: Postavke, vezane na depresivno, odvisnostno in obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo in njihove obtežitve na faktorjih.

Postavka	F 1	utež	F 2	utež	os. motnja
Ali pustite, da drugi sprejemajo važne odločitve namesto vas ?	1	0,727	1	0,665	odvisnostna
Ali popuščate drugim iz strahu, da bodo na vas jezni ?	1	0,717	1	0,665	odvisnostna
Pogosto mislite, da vam bo spodletelo, da nečesa ne zmorete?	1	0,706	1	0,665	depresivna
Kdaj opustite prizadevanja zaradi strahu, da stvari ne boste opravili do konca?	1	0,627	1	0,665	odvisnostna
Ali pogosto prepoznate v sebi občutke krivde brez pravega razloga ?	1	0,551	1	0,665	depres., odvisn.
Imate občutek, da ste preveč navezani na svoje bližnje ?	1	0,366	1	0,665	odvisnostna
Imate kdaj občutke velike notranje praznine ?	6	0,696	2	0,656	depresivna
Ste pogosto v skrbeh zaradi ene ali druge stvari ?	6	0,694	2	0,656	depresivna
Se lahko postavite in borite zase ?	16	0,623	1	0,511	depres., odvisn.
Znate zahtevati ?	16	0,602	1	0,511	depres., odvisn.
Ste zelo natančni in redoljubni ?	7	0,656	6	0,788	obses.-kompul.
Ali zahtevate od sebe popolnost ?	7	0,649	6	0,788	obses.-kompul.
Imate radi vse stvari na svojem mestu ?	7	0,543	6	0,788	obses.-kompul.
Raje opravite delo sami, ker veste, da ga drugi ne bodo opravili pravilno?	10	0,656	6	0,458	obses.-kompul.
Ste pri svojem delu raje sami ?	10	0,545	6	0,458	obses.-kompul.
Se težko ločite od starih stvari brez kake vrednosti ?	19	0,578	2	0,700	obses.-kompul.

F1 – številka faktorja faktorjske analize 1. reda; F2 – številka faktorja faktorjske analize 2. reda.

Postopek

Bolniki so bili zajeti v vzorec ne glede na prisotno patologijo, starost ali izobrazbo. Ob tem velja opomniti, da je šlo za vse polnoletne ljudi, ki so se oglasili v psihiatrični ambulanti za odrasle v tistem časovnem obdobju, ko sem vprašalnik preverjal na klinični populaciji. Izključil sem samo ljudi z globokimi (ne zmernimi) kognitivnimi deficiti, ker ti posamezniki večjega števila postavk niso razumeli in tako samoocenjevanje ni bilo možno. Po opravljenem kliničnem pregledu sem preiskovance prosil še za izpolnjevanje vprašalnika. Te sem označil samo s številko popisa, kar mi je omogočilo večjo objektivnost pri diagnostičnem opredeljevanju. Pozneje sem dobljene diagnoze primerjal med seboj in se za končno diagnostično opredelitev odločil po upoštevanju vseh dejavnikov, ki so vplivali na izpolnjevanje vprašalnika (npr. dajanje socialno zaželenih odgovorov, ki so bili v nasprotju z odgovori na ista vprašanja ob intervjuju) ali na diagnostično opredelitev po psihiatričnem intervjuju (npr. prehitra opredelitev za neko osebnostno motnjo, ki je ponudila dobro psihodinamsko razlago psihičnim motnjam v pritožbi, je preprečila poglobljeno analizo in ugotavljanje prisotnosti tudi drugih osebnostnih motenj, kar bi zahtevalo opredelitev za mešano osebnostno motnjo).

Za potrebe tega prispevka sem po diagnostični opredelitvi upošteval samo numerične podatke vezane na prisotnost vsaj enega simptoma agresivne zavrtosti pri posamezniku in število diagnostičnih odgovorov na zgoraj omenjenih 5 postavk glede na to, kako so ljudje z omenjenimi osebnostnimi motnjami ali brez njih nanje odgovarjali. Numerične spremenljivke sem obdelal statističnimi programi in uporabil hi-kvadrat test. Pri nižjih frekvencah sem upošteval Yatesov popravek in uporabljal Fisher eksakt test. Za statistično značilne sem upošteval rezultate s $p < 0,05$.

Rezultati

Značilnosti vzorca

Primerjava števila moških in ženskih učežencev glede na osebnostno motnjo je pokazala na statistično značilno pogostejše pojavljanje odvisnostne osebnostne motnje pri ženskah in obsesivno-kompulzivne osebnostne motnje pri moških s $p < 0,01$.

Primerjava skupine depresivno osebnostno motenih s skupino ljudi brez osebnostne motnje kaže na statistično značilna odstopanja pri pogostnosti simptomov agresivne zavrtosti ter pri prvem, drugem in tretjem vprašanju s $p < 0,01$, pri četrtem vprašanju ni statistično pomembnih razlik, pri petem pa je ta mejna – pri enosmernem Fisherjevem eksakt testu je $p < 0,05$, pri dvosmernem pa več ne ($p = 0,061$). Primerjava odvisnostno osebnostno motenih s skupino ljudi brez osebnostne motnje je pokazala

Tabela 2: Število posameznih odgovorov na vprašanja o obstoječih simptomih agresivne zavrtosti (na vsaj enega od njih glede na posameznika) in na pet vprašanj glede vedenjskih vzorcev, vezanih na agresivno zavrtost.

Osebnostna motnja	Vrsta odg.	Simptomi	Vpr.1	Vpr.2	Vpr.3	Vpr.4	Vpr.5
depresivna n = 13	DA	11	6	4	11	5	6
	NE	1	6	9	2	7	7
odvisnostna n = 42	DA	39	13	5	37	38	35
	NE	3	29	36	4	4	7
obsesivno-kompulzivna n = 48	DA	39	44	37	19	17	4
	NE	9	4	10	29	30	44
brez osebnostne motnje n = 35	DA	15	33	30	9	7	6
	NE	20	2	4	26	28	29

Simptomi: prisotnost vsaj enega izmed simptomov agresivne zavrtosti, navedenih pri Metodah; Vpr.1-5: vprašanja so navedena pri Metodah v istem zaporednem redu; n je število preiskovancev v posameznih skupinah.

Tabela 3: Primerjava obsesivno-kompulzivno osebnostno motenih z ljudmi brez osebnostne motnje ter ljudmi z depresivno in odvisnostno osebnostno motnjo. V tabeli so navedene vrednosti p testa hi-kvadrat.

Primerjana skupina ljudi	Simptomi	Vpr. 1	Vpr. 2	Vpr. 3	Vpr. 4	Vpr. 5
brez os. motnje	0,000	0,649	0,263	0,186	0,114	0,223
depresivno osebnostno moteni	0,386	0,005	0,001	0,004	0,725	0,001
	F1=0,354	F1=0,002	F1=0,002	Y=0,01	F1=0,486	F1=0,004
	F2=0,669	F2=0,002	F2=0,002		F2=0,748	F2=0,004
odvisnostno os. moteni	0,106	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Simptomi: prisotnost vsaj enega izmed simptomov agresivne zavrtosti, navedenih pri Metodah; Vpr.1-5: vprašanja so navedena pri Metodah v istem zaporednem redu. F1 = enosmerni in F2 = dvosmerni Fisher eksakt test, Y = Yatesov popravek.

statistično značilne razlike pri vseh postavkah s $p < 0,01$.

V primerjavi odgovorov ljudi z obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo in odgovorov ljudi brez osebnostne motnje je moč opaziti statistično pomembno razliko le pri pogostosti simptomov agresivne zavrtnosti ($p < 0,01$). Primerjava obsesivno-kompulzivno in depresivno osebnostno motenih kaže na statistično značilne razlike pri prvem, drugem, tretjem in petem vprašanju s $p < 0,01$. Primerjava obsesivno-kompulzivno in odvisnostno motenih kaže na statistično pomembne razlike pri vseh vprašanih glede vedenjskih vzorcev s $p < 0,01$. Pri simptomih agresivne zavrtnosti med skupinami osebnostno motenih ni statistično pomembnih razlik. Med skupinama depresivno in odvisnostno osebnostno motenih je statistično pomembna razlika pri četrtem ($p < 0,01$) in petem vprašanju ($p < 0,05$).

Razprava

Osebnostne motnje so relativno nove diagnostične entitete. Tukaj opisana primerjava je jasno pokazala, da – čeprav imata depresivna in odvisnostna osebnostna motnja iste korenine – so ljudje z odvisnostno osebnostno motnjo bolj agresivno zavrti kot depresivno osebnostno moteni in da so oboji bolj agresivno zavrti kot ljudje z obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo.

Morda gre pri obsesivno-kompulzivni osebnostni motnji enostavno za boljšo energetske opremljenost, ki je konstitucijsko pogojena. Tako bi lahko podobni razvojni pogoji pri pozneje depresivno strukturiranih osebnostno motenih ljudeh (depresivni, odvisnostni, izogibajoči in delno pasivno-agresivni) povzročali več anksioznih stanj z umikom, pri anankastično strukturiranih pa več anksioznih stanj s posledično inkorporacijo rigidnih pravil, ki bi jim pomagala preprečevanje stresogenega vedenja s strani staršev v bodoče. Morda gre pri slednjih tudi za nekoliko več načelnosti v vzgojnih pristopih s strani staršev, tako da njihove zahteve dopuščajo neko grobo orientacijo, kaj je varno in kaj ne, medtem ko gre pri vzgoji depresivno strukturiranih za bolj kaotične pristope k vzgoji. Ob tem pa ne gre zanemariti tudi socialni vzgojni vidik, ki dela razlike med spoloma in deklice vodi v sprejemanje in v pomoč drugim, fante pa v individualno akcijo in izrinjanje čustvene sfere (Blehar in Oren, 1997). Tako je opazna tudi razlika med spoloma glede na vrsto osebnostne motenosti v mojem vzorcu. Po vsej verjetnosti gre v ozadju za preplet vseh treh omenjenih dejavnikov. Sicer kažejo podobno razdelitev med spoloma tudi druge raziskave – tako pogostejše pojavljanje obsesivno-kompulzivne osebnostne motnje pri moških (Carter, Joyce, Mulder, Sullivan in Luty, 1999) kot pogostejše pojavljanje odvisnostne osebnostne motnje pri ženskah (Barzega, Maina, Venturello in Bogetto, 2001).

Če sklenem – ljudje z odvisnostno ali depresivno osebnostno motnjo so bolj agresivno zavrti kot ljudje z obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo. Tako se mi zdi, da je smiselno pri opisu id patologije v ozadju omenjenih osebnostnih motenj,

opisovati zavrtost težnje po pridobivanju, zadržanju in zavrtost agresivnih teženj v ožjem pomenu besede kot del depresivno strukturiranih osebnostnih motenj. Sam bi mejo proti anankastično strukturirani obsesivno-kompulzivni osebnostni motnji postavil s tem, da bi depresivno strukturirane osebnostne motnje povezal s simptomi in vedenjskimi vzorci agresivne zavrtosti, obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo pa samo s simptomi agresivne zavrtosti.

Zaključek

Harald Schultz-Henckejeva teorija ima v našem psihoterapevtskem prostoru pomembno vlogo v psihodinamični diagnostiki. Zaradi povezanosti s psihiatričnimi diagnostičnimi entitetami je njena aktualnost zagotovljena še vnaprej, ker njeno poznavanje olajšuje diagnostiko z druge osi diagnosticiranja v psihiatriji (osebnostne motnje). Zato je pomembno, da njegovo teorijo dopolnimo za razumevanje psihičnih motenj, s katerimi se danes srečujemo v praksi.

Literatura

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barzega, G. Maina, G. Venturello, S. in Bogetto F. (2001). Gender-related distribution of personality disorders in a sample of patients with panic disorder. *European Psychiatry* 16(3), 173-179.
- Blehar, C.M. in Oren, A.D. (1997). Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 2(2). Dostopno na URL: <http://www.medscape.com/Medscape/WomensHealth/journal/1997/v02.n02/w121.blehar/w121.blehar.html>
- Bregant, L. (1986). *Psihodinamična teorija nevroz*. [*Psychodynamic theory of neuroses*]. V Psihoterapija 14 (str. 29-43). Ljubljana: Pleško.
- Carter, J.D., Joyce, P.R., Mulder, R.T., Sullivan, P.F. in Luty, S.E. (1999). Gender differences in the frequency of personality disorders in depressed outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 67-74.
- Dowson, J.H. in Grounds, A.T. (1995). *Personality disorders: Recognition and clinical management*. New York: Cambridge University Press.
- Millon, T. in Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III. Manual* (2. izd). Minneapolis: Dicandrien.
- Nurnberg, H.G., Raskin, M. in Levine, P.E. (1991). The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R Axis II personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1371-1377.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E. in Kellman, H.D. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 213-20.

- Praper, P. (1999). *Razvojna analitična psihoterapija [Developmental analytic psychotherapy]*. Ljubljana: Planprint.
- Spitzer, R.L., Benjamin, L.S., Williams, J.B., Gibbon, M. in First, M.B. (ur.) (1997). *Users guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders: SCID II*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- WHO (1995). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10 [International classification of Diseases]* (10. izd). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije in Svetovna zdravstvena organizacija.
- Židanik, M. (1999) Osebnostne motnje. [Personality disorders.] *Zdravstveni vestnik*, 68, 175-179.
- Židanik, M. (2000). Prvi psihiatrični pregled. [The first psychiatric interview]. *Zdravstveno varstvo*, 39 (5-6), 122-127.
- Židanik, M. (2002). Psihična dekompenzacija pri osebnostnih motnjah. [Personality disorders and axis I comorbidity]. *Psihološka obzorja* 11(1), 145-156.

Prispelo/Received: 17.12.2001
Sprejeto/Accepted: 22.05.2002