

*Simon Brezovar*

**OSEBNOSTNE MOTNJE  
V TEORJI IN PRAKSI**

*Zakaj nastanejo,  
kako jih prepoznamo  
in kako zdravimo*



*Simon Brezovar*

**OSEBNOSTNE MOTNJE  
V TEORII IN PRAKSI**

*Zakaj nastanejo,  
kako jih prepoznamo  
in kako zdravimo*



UMco

---

Ljubljana 2019

**Simon Brezovar**  
**OSEBNOSTNE MOTNJE V TEORIJ IN PRAKSI**  
**Zakaj nastanejo, kako jih prepoznamo in kako zdravimo**

© **Simon Brezovar in UMco, d. d., 2019.**  
**Vse pravice pridržane.**

*Izdajatelj in založnik:* UMco, d. d.,  
zbirka Preobrazba

*Strokovna recenzenta:*  
asist. dr. Tina Zdravec, prof. dr. Borut Škodlar

*Odgovorni urednik:* Samo Rugelj  
*Knjigo uredila:* Renate Rugelj  
*Oblikovanje ovitka:* Aleš Cimprič in Žiga Valetič  
*Postavitev:* Aleš Cimprič  
*Slika na naslovnici:* Depositphotos  
*Tisk:* Primitus, d. o. o.  
*Naklada:* 400 izvodov, 1. natis  
Ljubljana 2019

Knjižno delo je izšlo v okviru programa, ki ga sofinancira  
Javna agencija za knjigo Republike Slovenije.

Brez pisnega dovoljenja založbe je prepovedano reproduciranje, distribuiranje, javna priobčitev, predelava ali druga uporaba tega avtorskega dela ali njegovih delov v kakršnem koli obsegu ali postopku, skupaj s fotokopiranjem, tiskanjem ali shranitvijo v elektronski obliki, v okviru določil Zakona o avtorski in sorodnih pravicah.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

159.972

BREZOVAR, Simon, 1986-

Osebnostne motnje v teoriji in praksi : zakaj nastanejo,  
kako jih prepoznamo in kako zdravimo / Simon Brezovar. -  
1. natis. - Ljubljana : UMco, 2019. - (Zbirka Preobrazba)

ISBN 978-961-7050-51-6  
COBISS.SI-ID 302388224

*Očetu in mami,  
dovolj dobrima staršema*



# Vsebina

<b>Predgovor</b>	17
<b>Zahvala</b>	21

## 1. del: UVOD V OSEBNOSTNE MOTNJE

<b>1 Opredelitev in klasifikacija osebnostnih motenj</b>	27
Kaj je osebnost in kaj so osebnostne motnje?	27
Kategorični in dimenzionalni pristop k razumevanju osebnostnih motenj	29
Klasifikacija osebnostnih motenj po sistemih MKB-10 in DSM-5	32
Alternativni DSM-5 model osebnostnih motenj	36
Osebnostne motnje v MKB-11	45
Zaključek	52
Literatura	56
<b>2 Etiologija osebnostnih motenj</b>	59
Uvod	59
Kratek potep skozi zgodovino osebnostnih motenj	65
Psihoanalitične teorije osebnostnih motenj	68
Prispevek Sigmunda Freuda	68
<i>Freudova teorija osebnosti</i>	69
<i>Freudovi temeljni koncepti za razumevanje             osebnostnih motenj</i>	74
<i>Freudova karakterologija</i>	81
<i>Evaluacija Freudove teorije osebnosti</i>	85
Osebnostne motnje in teorija objektivnih odnosov	87
<i>Teorija separacije in individualizacije (Margaret Mahler)</i>	88
<i>Teorija strukture in organizacije osebnosti (Otto Kernberg)</i>	93
<i>Teorija navezanosti (John Bowlby in Mary Ainsworth)</i>	101
<i>Interpersonalna teorija (Lorna Smith Benjamin)</i>	108

Kognitivno-vedenjski modeli osebnostnih motenj	110
<i>Teorija neprilagojenih shem (Jeffrey Young)</i>	112
Model velikih pet in osebnostne motnje	116
Nevroznanstvene teorije osebnostnih motenj	118
<i>Interpersonalna nevrobiologija</i>	122
<i>Vedenjska genetika</i>	125
<i>Aplikativna vrednost nevroznanstvenih raziskav</i>	130
<b>Zaključna misel</b>	131
<b>Literatura</b>	133
<b>3 Diagnostika osebnostnih motenj</b>	139
<b>Uvod</b>	139
<b>Diagnostične dileme</b>	140
<b>Klinični pregled ter osnovni principi diagnostike</b>	
<b>osebnostnih motenj</b>	143
<b>Psihodiagnostika osebnostnih motenj</b>	147
Minnesotski večfazni vprašalnik osebnosti 2	
(Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2, MMPI-2)	149
Millonov klinični večosni vprašalnik IV	
(Millon Clinical Multiaxial Inventory IV, MCMI-IV)	151
Vprašalnik za oceno osebnosti	
(Personality Assessment Inventory, PAI)	153
Rorschachov preizkus (RP)	154
<i>Vzajemnost avtonomije (MOA – Mutuality of Autonomy)</i>	155
<i>Indeks motenosti ega (EII – Ego Impairment Index)</i>	157
Strukturirani klinični intervju za oceno	
osebnostnih motenj (Structured Clinical Interview	
for DSM-5 Personality Disorders, SCID-5-PD)	160
Strukturirani intervju osebnostne organizacije	
(Structured Interview of Personality Organization -	
Revised, STIPO-R)	161
<b>Zaključek</b>	162
<b>Literatura</b>	163



## 2. del: TIPI OSEBNOSTNIH MOTENJ

<b>1 Paranoidna osebnostna motnja (POM)</b>	169
Uvod	169
Etiologija	171
<i>Psihodinamična perspektiva</i>	171
<i>Kognitivno-vedenjska perspektiva</i>	174
<i>Nevroznanstvena perspektiva</i>	175
Epidemiologija	177
Klinična slika	177
Osebnostni stil in osebnostna motnja	178
Diagnostika POM po MKB-10 in DSM-5	179
Kliničnopsihološka diagnostika POM	181
<i>Značilnosti intervjuja</i>	181
<i>Rorschachova psihodiagnostika</i>	181
<i>PAI, MMPI-2 in MCMI-IV psihodiagnostika</i>	183
Diferencialna diagnostika	184
Terapevtska obravnava	187
<i>Transfer in kontratransfer</i>	187
<i>Psihodinamična obravnava</i>	188
<i>Kognitivno-vedenjska obravnava</i>	189
<i>Skupinska obravnava</i>	190
<i>Farmakološka obravnava</i>	191
Ključne značilnosti POM	191
Literatura	192
<b>2 Shizoidna osebnostna motnja (SDOM)</b>	195
Uvod	195
Etiologija	197
<i>Psihodinamična perspektiva</i>	197
<i>Kognitivno-vedenjska perspektiva</i>	202
<i>Nevroznanstvena perspektiva</i>	203
Epidemiologija	205

<b>Klinična slika</b>	205
<b>Osebnostni stil in osebnostna motnja</b>	206
<b>Diagnostika SDOM po MKB-10 in DSM-5</b>	207
<b>Kliničnopsihološka diagnostika SDOM</b>	209
<i>Značilnosti intervjuja</i>	209
<i>Rorschachova psihodiagnostika</i>	209
<i>PAI, MMPI-2 in MCMI-IV psihodiagnostika</i>	210
<b>Diferencialna diagnostika</b>	211
<b>Terapevtska obravnava</b>	214
<i>Transfer in kontratransfer</i>	214
<i>Psihodinamična obravnava</i>	215
<i>Kognitivno-vedenjska obravnava</i>	218
<i>Skupinska obravnava</i>	219
<i>Farmakološka obravnava</i>	220
<b>Ključne značilnosti SDOM</b>	220
<b>Literatura</b>	221
<b>3 Shizotipska osebnostna motnja (STOM)</b>	225
<b>Uvod</b>	225
<b>Etiologija</b>	227
<i>Psihodinamična perspektiva</i>	227
<i>Kognitivno-vedenjska perspektiva</i>	230
<i>Nevroznanstvena perspektiva</i>	231
<b>Epidemiologija</b>	234
<b>Klinična slika</b>	234
<b>Osebnostni stil in osebnostna motnja</b>	235
<b>Diagnostika STOM po MKB-10 in DSM-5</b>	236
<b>Kliničnopsihološka diagnostika STOM</b>	240
<i>Značilnosti intervjuja</i>	240
<i>Rorschachova psihodiagnostika</i>	240
<i>PAI, MMPI-2 in MCMI-IV psihodiagnostika</i>	242
<b>Diferencialna diagnostika</b>	243
<b>Psihoterapevtska obravnava</b>	246

<i>Transfer in kontratransfer</i>	246
<i>Psihodinamična obravnava</i>	247
<i>Kognitivno-vedenjska obravnava</i>	248
<i>Skupinska obravnava</i>	249
<i>Farmakološka obravnava</i>	250
<b>Ključne značilnosti STOM</b>	250
<b>Literatura</b>	251
<b>4 Antisocialna osebnostna motnja (AOM)</b>	255
<b>Uvod</b>	255
<b>Etiologija</b>	257
<i>Psihodinamična perspektiva</i>	257
<i>Kognitivno-vedenjska perspektiva</i>	263
<i>Nevroznanstvena perspektiva</i>	265
<b>Epidemiologija</b>	270
<b>Klinična slika</b>	271
<b>Osebnostni stil in osebnostna motnja</b>	274
<b>Diagnostika AOM po MKB-10 in DSM-5</b>	275
<b>Kliničnopsihološka diagnostika AOM</b>	278
<i>Značilnosti intervjuja</i>	278
<i>Rorschachova psihodiagnostika</i>	279
<i>PAI, MMPI-2 in MCMI-IV psihodiagnostika</i>	281
<i>Harejeva Ocenjevalna lestvica psihopatije (Hare Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R).</i>	283
<b>Diferencialna diagnostika</b>	285
<b>Psihoterapevtska obravnava</b>	289
<i>Transfer in kontratransfer</i>	290
<i>Psihodinamična obravnava</i>	291
<i>Kognitivno-vedenjska obravnava</i>	293
<i>Skupinska obravnava</i>	294
<i>Farmakološka obravnava</i>	295
<b>Ključne značilnosti AOM</b>	296
<b>Literatura</b>	297

<b>5</b>	<b>Mejna osebnostna motnja (MOM)</b>	303
	Uvod	303
	Etiologija	305
	<i>Psihodinamična perspektiva</i>	305
	<i>Kognitivno-vedenjska perspektiva</i>	313
	<i>Nevroznanstvena perspektiva</i>	317
	Epidemiologija	323
	Klinična slika	324
	Osebnostni stil in osebnostna motnja	326
	Diagnostika MOM po MKB-10 in DSM-5	327
	Kliničnopsihološka diagnostika MOM	332
	<i>Značilnosti intervjuja</i>	332
	<i>Rorschachova psihodiagnostika</i>	332
	<i>PAI, MMPI-2 in MCMI-IV psihodiagnostika</i>	334
	Diferencialna diagnostika	337
	Psihoterapevtska obravnava	344
	<i>Transfer in kontratransfer</i>	346
	<i>Psihodinamična obravnava</i>	347
	<i>Kognitivno-vedenjska obravnava</i>	349
	<i>Skupinska obravnava</i>	352
	<i>Farmakološka obravnava</i>	353
	Ključne značilnosti MOM	354
	Literatura	356
<b>6</b>	<b>Histrionična osebnostna motnja (HOM)</b>	363
	Uvod	363
	Etiologija	366
	<i>Psihodinamična perspektiva</i>	366
	<i>Kognitivno-vedenjska perspektiva</i>	377
	<i>Neveroznanstvena perspektiva</i>	379
	Epidemiologija	381
	Klinična slika	382
	Osebnostni stil in osebnostna motnja	385

<b>Diagnostika HOM po MKB-10 in DSM-5</b>	386
<b>Kliničnopsihološka diagnostika HOM</b>	387
<i>Značilnosti intervjuja</i>	387
<i>Rorschachova psihodiagnostika</i>	388
<i>PAI, MMPI-2 in MCMI-IV psihodiagnostika</i>	389
<b>Diferencialna diagnostika</b>	390
<b>Terapevtska obravnava</b>	397
<i>Transfer in kontratransfer</i>	398
<i>Psihodinamična obravnava</i>	400
<i>Kognitivno-vedenjska obravnava</i>	403
<i>Skupinska obravnava</i>	405
<i>Farmakološka obravnava</i>	406
<b>Ključne značilnosti HOM</b>	406
<b>Literatura</b>	407
<b>7 Narcisistična osebnostna motnja (NOM)</b>	413
<b>Uvod</b>	413
<b>Etiologija</b>	416
<i>Psihodinamična perspektiva</i>	416
<i>Kognitivno-vedenjska perspektiva</i>	432
<i>Nevroznanstvena perspektiva</i>	433
<b>Epidemiologija</b>	436
<b>Klinična slika</b>	437
<b>Osebnostni stil in osebnostna motnja</b>	439
<b>Diagnostika NOM po DSM-5</b>	440
<b>Kliničnopsihološka diagnostika NOM</b>	442
<i>Značilnosti intervjuja</i>	442
<i>Rorschachova psihodiagnostika</i>	443
<i>PAI, MMPI-2 in MCMI-IV psihodiagnostika</i>	445
<b>Diferencialna diagnostika</b>	446
<b>Terapevtska obravnava</b>	452
<i>Transfer in kontratransfer</i>	452
<i>Psihodinamična obravnava</i>	455

<i>Kognitivno-vedenjska obravnava</i>	458
<i>Skupinska obravnava</i>	460
<i>Farmakološka obravnava</i>	461
<b>Ključne značilnosti NOM</b>	461
<b>Literatura</b>	463
<b>8 Izogibajoča osebnostna motnja (IOM)</b>	469
<b>Uvod</b>	469
<b>Etiologija</b>	472
<i>Psihodinamična perspektiva</i>	472
<i>Kognitivno-vedenjska perspektiva</i>	478
<i>Nevroznanstvena perspektiva</i>	481
<b>Epidemiologija</b>	485
<b>Klinična slika</b>	485
<b>Osebnostni stil in osebnostna motnja</b>	487
<b>Diagnostika IOM po MKB-10 in DSM-5</b>	488
<b>Kliničnopsihološka diagnostika IOM</b>	489
<i>Značilnosti intervjuja</i>	489
<i>Rorschachova psihodiagnostika</i>	490
<i>PAI, MMPI-2 in MCMI-IV psihodiagnostika</i>	491
<b>Diferencialna diagnostika</b>	492
<b>Terapevtska obravnava</b>	497
<i>Transfer in kontratranser</i>	498
<i>Psihodinamična obravnava</i>	499
<i>Kognitivno-vedenjska obravnava</i>	501
<i>Skupinska obravnava</i>	504
<i>Farmakološka obravnava</i>	504
<b>Ključne značilnosti IOM</b>	505
<b>Literatura</b>	506
<b>9 Odvisnostna osebnostna motnja (OOM)</b>	513
<b>Uvod</b>	513
<b>Etiologija</b>	515

<i>Psihodinamična perspektiva</i>	515
<i>Kognitivno-vedenjska perspektiva</i>	519
<i>Nevroznanstvena perspektiva</i>	522
<b>Epidemiologija</b>	524
<b>Klinična slika</b>	524
<b>Osebnostni stil in osebnostna motnja</b>	526
<b>Diagnostika OOM po MKB-10 in DSM-5</b>	527
<b>Kliničnopsihološka diagnostika OOM</b>	529
<i>Značilnosti intervjuja</i>	529
<i>Rorschachova psihodiagnostika</i>	530
<i>PAI, MMPI-2 in MCMI-IV psihodiagnostika</i>	532
<b>Diferencialna diagnostika</b>	533
<b>Terapevtska obravnava</b>	536
<i>Transfer in kontratransfer</i>	537
<i>Psihodinamična obravnava</i>	539
<i>Kognitivno-vedenjska obravnava</i>	541
<i>Skupinska obravnava</i>	546
<i>Farmakološka obravnava</i>	548
<b>Ključne značilnosti OOM</b>	548
<b>Literatura</b>	550
<b>10 Obsesivno kompulzivna osebnostna motnja (OKOM)</b>	553
<b>Uvod</b>	553
<b>Etiologija</b>	556
<i>Psihodinamična perspektiva</i>	556
<i>Kognitivno-vedenjska perspektiva</i>	568
<i>Nevroznanstvena perspektiva</i>	571
<b>Epidemiologija</b>	576
<b>Klinična slika</b>	577
<b>Osebnostni stil in osebnostna motnja</b>	579
<b>Diagnostika OKOM po MKB-10 in DSM-5</b>	580
<b>Kliničnopsihološka diagnostika OKOM</b>	583

<i>Značilnosti intervjuja</i>	583
<i>Rorschachova diagnostika</i>	584
<i>PAI, MMPI-2 in MCMI-IV psihodiagnostika</i>	585
<b>Diferencialna diagnostika</b>	586
<b>Terapevtska obravnava</b>	592
<i>Transfer in kontratransfer</i>	593
<i>Psihodinamična obravnava</i>	594
<i>Kognitivno-vedenjska obravnava</i>	601
<i>Skupinska obravnava</i>	604
<i>Farmakološka obravnava</i>	606
<b>Ključne značilnosti OKOM</b>	607
<b>Literatura</b>	608
<b>Epilog</b>	613
<b>Imensko kazalo</b>	631



# Predgovor

Človeku ni treba biti strokovnjak s področja duševnega zdravja, da opazi, kako neverjetno pestra je paleta človeških značajev. Nekateri samoto ljubijo, drugi je ne prenesejo. Nekateri čustva dušijo, drugi jih izražajo nekontrolirano. Nekateri svojo vrednost precenjujejo, drugi jo podcenjujejo. Nekateri bodo brez zadrege naredili vse za svoje pravice, druge takšna misel spravlja v nezno-sno stisko. Nekaterim je malo mar za želje in potrebe drugih ljudi, drugi pa so pripravljene narediti vse, da drugim ugajajo. Nekateri se na kritiko odzovejo, kot da je ni, pri drugih utegne sprožiti strašanski bes. Vsi ljudje se občasno, sploh ko smo v stresu, zazibamo v eno od teh skrajnosti, vseeno pa smo se zmožni večino časa gibati nekje vmes. Za ljudi, ki jim predstavlja hoja po enem ali drugem polu karakteristični vzorec mišljenja, čustvovanja in vedenja in je njihovo vsakdanje funkcioniranje pomembno okrnjeno, pravimo, da imajo osebnostno motnjo. In to je knjiga o osebnostnih motnjah.

V slovenskem prostoru lahko najdemo tako dela slovenskih avtorjev kot tudi prevode tujih del, ki se dotikajo tematike osebnostnih motenj. Praperjeva (1999) *Razvojna analitična psihoterapija* primarno služi kot učbenik sodobnih psihoanalitičnih teorij, pomembno mesto pa imajo v njem tudi nekatere specifične osebnostne motnje. Prevod Erićevih (2012) *Motenj osebnosti* predstavlja prvo delo v slovenskem jeziku, ki obravnava osebnostne motnje v luči klasifikacij DSM in MKB (*Diagnostični statistični*

*priročnik – DSM in Mednarodna klasifikacija bolezni – MKB*)<sup>1</sup>. Čeprav avtor v svojem delu skladno z nadnaslovom *Psihodinamična psihiatrija* največ prostora namenja psihodinamičnim teorijam osebnostnih motenj, pa nekaj prostora vseeno pušča tudi za druge perspektive. Nazadnje smo s prevodom *Psihoanalitične diagnostike* McWilliamsove (2017) dobili čtivo, ki predstavlja eno najlepših sintez kategoričnih modelov osebnostnih motenj s sodobnimi psihoanalitičnimi teorijami.

Vsa tri dela, v katerih avtorji teorijo prepletajo s primeri iz svoje bogate klinične prakse, predstavljajo pomemben doprinos k razumevanju osebnostnih motenj, vendar pa je njihova pozornost primarno usmerjena k psihoanalitičnim teorijam osebnostnih motenj. Po drugi strani pa lahko ugotovimo, da v slovenskem prostoru ni moč najti literature, ki bi obravnavala osebnostne motnje skozi prizmo drugih perspektiv, kot sta na primer kognitivno-vedenjska in nevroznanstvena, oziroma, še boljše, ki bi med seboj integrirala različne perspektive, kot npr. to počnejo Millon idr. (2004), Oldham, Skodol in Benderjeva (2009) ter Sperry (2016). Ta znanstveno literarna vrzel na področju osebnostnih motenj v našem prostoru, skupaj seveda z mojo nenasitno radovednostjo in željo po poznavanju temeljnih vzvodov človeškega ravnanja, je bila glavna motivacija za nastanek pričujoče knjige.

Knjiga *Osebnostne motnje v teoriji in praksi* je sestavljena iz trinajstih poglavij, ki so urejena v dva večja sklopa. Prvi sklop, ki zajema tri poglavja je splošnejši; v njem skušam pojasniti nekatere temeljne koncepte osebnostnih motenj. V prvem poglavju so osebnostne motnje opredeljene, predstavljeno pa je tudi, kako jih razumeta dve največji medicinski klasifikaciji (MKB in DSM). V drugem poglavju so predstavljene nekatere najpomembnejše teoretične perspektive (psihodinamična, kognitivno-vedenjska in nevroznanstvena), ki skušajo razumeti vzroke za nastanek

---

1 Naključje je hotelo, da sem knjigo pisal ravno v obdobju izdaje preliminarne verzije MKB-11, ki napoveduje tektonske spremembe v razumevanju osebnostnih motenj. Več o tem bo govora v prvem poglavju.

osebnostnih motenj. Tretje poglavje se dotika nekaterih temeljnih principov diagnostike osebnostnih motenj. V tem poglavju so predstavljeni tudi nekateri diagnostični pripomočki, ki se najpogosteje uporabljajo za ocenjevanje osebnostnih motenj. Naslednjih deset poglavij je vključenih v drugi sklop, ki obravnava specifične tipe osebnostnih motenj. Pri tem sledim kategorijam osebnostnih motenj, kot so opredeljene v zadnji (peti) verziji klasifikacije DSM. Vseh deset poglavij je zastavljenih na enak način; elementi posameznega poglavja si, skladno z naslovom knjige, sledijo od teorije (tj. predstavitev različnih teorij, epidemiologija, klinična slika, klasifikacija, psihodiagnostika, diferencialna diagnostika) do prakse (tu gre za različne možnosti terapevtskih obravnav). Takšen notranje konsistenten način organizacije osebnostnih motenj lahko najdemo pri številnih drugih avtorjih (npr. Erić, 2012; McWilliams, 2017; Millon idr., 2004; Sperry, 2016) in se mi zdi najboljši model za jasno in organizirano ureditev sicer zelo obsežnih vsebin, ki so vzniknile v kratki zgodovini znanstvenega proučevanja osebnostnih motenj.

Glavni namen pričujoče knjige je na celosten način in iz različnih perspektiv osvetliti, zakaj pride do osebnostnih motenj, kako jih prepoznavati in kako zdraviti. Knjiga želi popisati različne vedenjske vzorce, ki jih pri posameznikih z osebnostnimi motnjami opažamo, odstreti pa želi tudi tančico pred pogledom v njihov notranji, doživljajski svet (tj. svet njihovih misli, idej in čustev). Predvsem pa se želi dokopati do temeljnih motivov, ki posameznike z osebnostnimi motnjami ženejo v prakticiranje in ponavljanje doživljajskih in vedenjskih vzorcev, zaradi katerih je njihovo vsakdanje funkcioniranje okrnjeno in zaradi katerih doživljajo veliko stisko. Čeprav je knjiga strokovne narave, sem jo skušal ves čas pisati z mislijo, da jo bere nekdo, ki nima predznanja s področja psihoanalize, kognitivno-vedenjske terapije, nevroznanosti, ipd. Na nekaterih mestih se zapletenim tehničnim pojmom seveda nisem mogel ogniti, jih pa skušam s spremljevalnim besedilom in opombami pod črto karseda izčrpno definirati in opisati. Z izjemo manjših odsekov (npr. kliničnopsihološke

diagnostike), ki so tako specifični, da jih lahko širše bralstvo brez slabe vesti izpusti, naj torej knjiga ne bi služila zgolj strokovnjakom s področja duševnega zdravja, marveč tudi širšemu krogu ljudi, ki jih zanima tematika osebnostnih motenj.

Predgovor zaključujem z upanjem, da sem uspel v slovenski prostor vnesti nekaj novega. Nekaj, kar ne bo doprineslo zgolj k boljšemu razumevanju osebnostnih motenj, marveč tudi k destigmatizaciji posameznikov z osebnostnimi motnjami, o katerih se tudi danes še vedno govori z izrazito negativno konotacijo. Posamezniki z osebnostnimi motnjami lahko v nas vzbujajo še tako neprijetna občutja, pa vendar njihove težave niso nekaj, kar vznikne kar tako, oziroma kar bi si sami izbrali. Takšni posamezniki so kakršni so, največkrat ne po lastni volji in zavestni odločitvi, marveč zaradi številnih duševnih ran, ki so jim bile zadane v obdobju, ko niso imeli niti najmanjših možnosti, da bi se ustrezno branili. Naj torej pričujoča knjiga ne služi zgolj kot vzvod za krepitev znanja, marveč tudi strpnosti in empatije do takšnih posameznikov.

*Simon Brezovar*

# Zahvala

So ljudje, brez katerih te knjige ne bi bilo oziroma ne bi bila takšna kakršna je. Na tem mestu bi se jim rad izrecno zahvalil.

V prvi vrsti gre hvala urednikoma založbe UMco, Samu in Renate Rugelj, da sta mi omogočila izdajo pričujoče knjige. Vse od prvega srečanja pa do izida knjige je bilo sodelovanje z vama zelo prijetno in konstruktivno.

Z besedami težko izrazim hvaležnost obema recenzentoma, asist. dr. Tini Zadravec ter prof. dr. Borutu Škodlarju. Brez vajinega skrbnega pregleda in številnih komentarjev raven knjige nikoli ne bi bila, kakršna je.

Največja zahvala gre moji družini; Tristanu in Zali, ki sta pridno skrbela, da med pisanjem knjige ne odtavam predaleč v deželo hladnega razuma, ter ženi Mateji za vse nasvete, spodbude in predvsem čustveno podporo. Brez vas bi samo napisal knjigo, z vami pa sem poleg tega še srečen.



*Spoznavaj samega sebe.*

NAPIS NAD VHODOM V DELFSKO PREROČIŠČE

*Ne pozabimo, da so vzroki človeških dejanj običajno neprimerno bolj zapleteni in raznolični, kakor si jih potem razlagamo, in se le poredko jasno izrisujejo.*

F. M. DOSTOJEVSKI, *IDIOT*





**1. del:**

**UVOD V  
OSEBNOSTNE MOTNJE**



# 1

## Opredelitev in klasifikacija osebnostnih motenj

### Kaj je osebnost in kaj so osebnostne motnje?

Čeprav je to knjiga o osebnostnih motnjah, se mi zdi na samem začetku dobro pojasniti, kaj sploh pomeni beseda *osebnost*. V literaturi ni mogoče najti zgolj ene definicije osebnosti, vseeno pa uspe Musek (2005) v svojem delu definicije osebnosti različnih avtorjev strniti na skupni imenovalec: »Osebnost je celostni vzorec relativno trajnih značilnosti, po katerih se posamezniki razlikujejo med seboj. Gre torej za vse tisto pri posamezniku<sup>1</sup>, kar nam predstavlja njegovo istovetnost in po čemer ga ločimo od drugih«. Musek poudarja, da sta bistveni določili osebnosti njena relativna trajnost in njena distinktivnost, individualnost. Relativna trajnost pomeni, da se bodo posamezniki v različnih situacijah in časih vedli relativno podobno, distinktivnost/individualnost pa, da se pojavljajo pri posamezniku v enkratni in neponovljivi kombinaciji.

Različni avtorji so skušali v zgodovini proučevanja osebnosti določiti, katere so najosnovnejše sestavine osebnosti. Teoretično in empirično gledano predstavlja *model velikih petih faktorjev osebnosti*

---

1 Angleški jezik se zaradi svoje narave relativno spretno izogne zagonetki glede rabe spola. Z izrazi kot sta *patient* ali *individual* povsem ustrezno pokriva tako moški kot ženski spol. V slovenskem jeziku je mogoče oba izraza uporabljati tako v ženski kot v moški obliki; pacientka/pacient, posameznica/posameznik. Domala vse, kar je v knjigi napisano, se nanaša na oba spola, izključno iz praktičnih razlogov pa sem se odločil, da pri pisanju uporabljam zgolj moški spol. Izjema so navedbe raziskav, v katere so bile npr. vključene samo ženske pacientke z osebnostno motnjo.

trenutno najmočnejšo teorijo osebnosti. Po tem modelu so odprtost, vestnost, ekstravertnost, prijetnost in nevroticizem temeljne dimenzije osebnosti (Goldberg, 1993). Klinično orientirani psihologi pri ocenjevanju osebnosti v praksi redko uporabljajo model velikih petih faktorjev osebnosti in se, poleg ocenjevanja psihopatologije, v večji meri osredotočajo na ocenjevanje nekaterih ključnih osebnostnih kapacitet (moči in šibkosti), ki so pri različnih duševnih motnjah, še zlasti pa pri motnjah osebnosti, pogosto okrnjene. Klinično zelo uporabno razdelitev je Weinerjeva (2003) klasifikacija osebnostnih kapacitet v sedem skupin, ki jih sestavljajo: (i) procesiranje informacij (tj. kako ljudje usmerjajo pozornost na dražljaje v okolici), (ii) kognitivna mediacija (tj. kako ljudje zaznavajo [predvsem druge ljudi], (iii) ideacija (tj. kako ljudje predelujejo zaznane informacije), (iv) kontrola in toleranca do stresa (tj. koliko se imajo lahko ljudje pod kontrolo v stresnih situacijah in kakšna je njihova odpornost pred stresom), (v) afekt (tj. kako se ljudje odzivajo v čustvenih situacijah), (vi) samozaznava (tj. kako ljudje vidijo sebe [različni aspekti selfa]) ter (vii) interpersonalna zaznava (tj. kako ljudje vidijo druge in kako se z njimi povezujejo). Weiner poudarja, da nam vse te kapacitete omogočajo prilagajanje na zahteve okolja. Skladno s to opredelitvijo lahko razumemo osebnost kot nekakšen psihični imunski sistem, katerega moč (tj. ustrezna konstelacija osebnostnih lastnosti) bo narekovala, kako uspešno se bomo soočili z zahtevami okolja oziroma kako hitro nas bodo različni stresorji spravili v stisko.

Osebnostne motnje so na drugi strani opredeljene kot notranje izkušnje in vedenjski vzorci, ki se pomembno razlikujejo od kulturnih norm in pričakovanj, so vztrajni in nefleksibilni, se začnejo v adolescenci ali zgodnji odraslosti, so stabilni v času in posamezniku povzročajo stisko oziroma ga pomembno ovirajo v vsakdanjem funkcioniranju (American Psychiatric Association, 2013). Čeprav bi morda na osnovi te opredelitve sklepali, da so osebnostne motnje izključno socialna kategorija, ki se določa na osnovi statističnih kriterijev, pa lahko že na tem mestu omenim, da danes za različne motnje osebnosti že precej dobro poznamo

njihovo nevrobiološko ozadje in jih lahko potemtakem smatramo za »resnične« duševne motnje. Pacienti<sup>2</sup> z osebnostnimi motnjami imajo težave na področju mišljenja, čustvovanja, medosebnega funkcioniranja ter kontrole impulzov. Osebnostne motnje se pojavljajo pri 10–20 % posameznikov v splošni populaciji ter pri 40–60 % psihiatričnih pacientov, s čimer zasedajo mesto številka ena med psihiatričnimi diagnozami (Sadock, Sadock in Ruiz, 2015). Skladno z zgornjo metaforo z imunskim sistemom bi lahko rekli, da so posamezniki z osebnostnimi motnjami zaradi šibkejših osebnostnih značilnosti psihološko manj imuni ter pod vplivom različnih dejavnikov okolja deležni več stresa in stiske kot tisti z močnejšimi osebnostnimi značilnostmi.

## Kategorični in dimenzionalni pristop k razumevanju osebnostnih motenj

Danes so torej osebnostne motnje podobno kot shizofrenija, depresija ali odvisnost sprejete kot duševne motnje in imajo že dolgo časa svoje mesto v obeh večjih klasifikacijskih sistemih (Mednarodna klasifikacija bolezni – MKB ter Diagnostični statistični priročnik – DSM)<sup>3</sup>. Kljub temu pa si strokovnjaki s področja osebnostnih

---

2 Čepprav sem si prizadeval v svoji knjigi termine uporabljati konsistentno, pa bo morda bralec zaznal (vsaj) eno nekonsistentnost, ki se pojavlja tekom cele knjige. Včasih uporabljam izraz *pacient* (z osebnostno motnjo), včasih pa *posameznik* (z osebnostno motnjo). Gre za zavestno nekonsistentnost, ki je posledica moje neodločnosti glede rabe termina *pacient* pri osebnostnih motnjah. V tej opombi bi želel predvsem poudariti, da termina *pacient* nikakor ne uporabljam v slabšalnem in vseobsegajočem smislu. Gre za posameznike, ki si zaslužijo vso integriteto in dostojanstvo in ki imajo kljub težavam na številnih področjih funkcioniranja tudi številne vrline in kreposti.

3 Mednarodna klasifikacija bolezni (ang. *International Classification of Diseases*) ter Diagnostični statistični priročnik (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) v našem okolju že dolgo časa slovenimo, nekoliko nedoslednosti pa nastane ob uporabi kratic. Kratica MKB za označbo Mednarodne klasifikacije bolezni je v našem okolju dobro sprejeta, saj imamo slovenski prevod v več verzijah, poleg tega pa se kode iz te klasifikacije uporabljajo domala v vseh medicinskih specialnostih. Posledično sem se odločil, da v tej knjigi uporabljam slovensko verzijo kratice, torej MKB. Diagnostični statistični priročnik po drugi strani ni preveden v slovenski jezik (pa čepprav se v psihiatrični in kliničnopsihološki praksi pogosto uporablja), zato tudi

motenj niso povsem enotni, ali predstavlja kategorični sistem najustreznejši razlagalni model razumevanja osebnostnih motenj ali pa je nemara dimenzionalni model ustreznejši približek realnosti. Opišimo na kratko razlike med obema tipoma modelov.

Skladno s kategoričnimi modeli je mogoče osebnostne motnje razvrstiti v minimalno količino kategorij, ki so znotraj sebe homogene, med seboj pa se očitno razlikujejo. Po tem modelu so torej osebnostne motnje ločene nozološke<sup>4</sup> entitete, ki lahko obstajajo samo same zase in se z drugimi osebnostnimi motnjami ne morejo prekrihati. Kategorični modeli smatrajo osebnostne motnje za bolezenska stanja, ki so jasno ločena od normalnih stanj. Temu pristopu lahko rečemo tudi simptomatski pristop, saj skuša diagnozo osebnostne motnje podati na osnovi nabora simptomov, ki jih je potrebno izpolnjevati, da zadostiš kriterijem diagnoze. Oba velika klasifikacijska sistema (MKB in DSM) izhajata iz kategoričnega pristopa.

Po drugi strani dimenzionalni modeli vidijo osebnostne motnje kot skrajno izražene značilnosti v določenih dimenzijah, ki začnejo v nekem območju pomembno slabiti posameznikovo funkcioniranje. Kolikor se disfunkcija odraža v več dimenzijah, so lahko patološki vzorci med seboj prepleteni in posledično lahko posameznik izraža okvaro na različnih nivojih (npr. lahko ima grandiozno predstavo o sebi, motnjo kontrole impulzov in je popolnoma brezbrizen do drugih ljudi). Dimenzionalni modeli torej predpostavljajo, da lahko posameznik uporablja različne vzorce funkcioniranja, ki jih ni mogoče ekskluzivno povezati s specifično osebnostno motnjo, temveč se lahko vzorci različnih osebnostnih motenj med seboj tudi kombinirajo.

Številni avtorji (zlasti tisti s psihološkim oziroma psihoanalitičnim ozadjem) na osnovi svojih kliničnih izkušenj nasprotujejo ideji, da bi bilo mogoče osebnostne motnje razvrstiti v nekaj

---

ni jasnih konvencij glede slovenjenja kratice (DSP ali DSM). Z redkimi izjemami (npr. Gradišnikov prevod *Psihoanalitične diagnostike* N. McWilliams) je v našem okolju bolj uveljavljena raba kratice DSM, zato sem se odločil, da angleško verzijo kratice uporabljam tudi v svoji knjigi.

4 Nozologija je veda o klasifikaciji bolezni.

jasno ločenih kategorij. Problematičnost kategoričnih modelov vidi Erdberg (2017) predvsem v njihovi nezmožnosti, da bi zado- stili naslednjim trem predpostavkam: (a) skupina pacientov zno- traj posamezne osebnostne motnje, bi morala biti homogena, (b) različne osebnostne motnje bi se morale med seboj izključevati in (c) posamezniki z osebnostno motnjo bi morali biti kvalitativ- no različni od posameznikov brez osebnostne motnje. Erdberg v nadaljevanju vsakega od kriterijev še natančneje razdela. Mnogi posamezniki, ki ustrezajo kriterijem za mejno osebnostno mot- njo, izpolnjujejo tudi kriterije za katero od drugih osebnostnih motenj. Meje med posamezniki z osebnostno motnjo in brez nje so dostikrat zabrisane ali težko opredeljive. Z drugimi besedami, težko je postaviti jasno ločnico, kje se osebnostna motnja zač- nja in kje se končuje. Velik problem pa predstavlja tudi izjemna heterogenost pacientov, ki imajo sicer enak tip osebnostne mo- tnje. Zamislimo si dva posameznika. Oba ustrezata kriterijem za mejno osebnostno motnjo skladno z DSM-5, vendar pa ima prva oseba simptome od 1 do 5, druga pa od 5 do 9. Seveda se bosta ta dva posameznika v svojem funkcioniranju znatno razlikovala, in upravičeno se lahko vprašamo, ali imata še vedno isto osebnostno motnjo. Erdberg ima dimenzionalni pristop za boljši razlagalni model osebnostnih motenj. Študije s področja psihopatologije so pokazale, da je mogoče večino duševnih bolezni umestiti v nek kontinuum glede na to, kako izraženi so simptomi, in da nobena od bolezni ne deluje po principu vse ali nič oziroma imaš ali ni- maš (Erdberg, 2017).

Očitno predstavlja takšen dimenzionalni način gledanja boljšo odslkavo realnosti, in prav lahko se zgodi, da bodo v naslednjih desetletjih dimenzionalni modeli duševnih motenj vsaj do do- ločene mere nadomestili kategorične modele. Tudi v najnovejši verziji DSM-5 so osebnostne motnje razložene z alternativnim, dimenzionalnim modelom, ki temelji prav na že omenjenih kriti- kah kategoričnih modelov. V podobno, le da še bolj skrajno smer gre prihajajoča verzija sistema MKB, ki povsem opušča kategorije osebnostnih motenj, kot jih poznamo do zdaj. Alternativni model

osebnostnih motenj po DSM-5 bo prikazan ob zaključku tega poglavja, predstavljeno pa bo tudi pojmovanje ter opredelitev osebnostnih motenj, kot se obeta v MKB-11.

## **Klasifikacija osebnostnih motenj po sistemih MKB-10 in DSM-5**

Ne glede na zgoraj omenjeno dilemo, ali so osebnostne motnje ločene kategorije ali pa se med seboj prepletajo, v svetu psihiatrije osebnostne motnje najpogosteje diagnosticiramo v skladu z eno od dveh klasifikacij psihiatričnih bolezni, Mednarodno klasifikacijo bolezni – 10 (MKB-10) ali Diagnostičnim statističnim priročnikom – 5 (DSM-5). MKB-10 je klasifikacija Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) in se jo uporablja predvsem v evropskem prostoru, DSM-5 pa je klasifikacija Ameriškega psihiatričnega združenja (APA) in se uporablja predvsem na ameriških tleh. Oba klasifikacijska sistema je dobro poznati, saj ne samo da izpostavljata ključne manifestne vedenjske vzorce, ki se pojavljajo pri pacientih z osebnostnimi motnjami, temveč omogočata tudi lažjo komunikacijo med različnimi strokovnjaki, ki delajo s takšnimi posamezniki. V nadaljevanju so navedeni splošni kriteriji za postavitve diagnoze osebnostne motnje, natančnejši kriteriji, ki opredeljujejo specifične osebnostne motnje, pa bodo predstavljeni v drugem delu tega besedila.

V MKB-10 (iz leta 1993) se specifične osebnostne motnje nahajajo v kategoriji F60. Splošni kriteriji za postavitve diagnoze osebnostne motnje po MKB-10 so:

G1. Obstajajo dokazi, da posameznikove karakteristike in trajni vzorci notranjih izkušenj in vedenja pomembno odstopajo od pričakovanih kulturnih standardov oziroma normativov. Takšna vedenja se morajo manifestirati na več kot enem od naslednjih področij:

1. mišljenje (tj. način zaznavanja ter interpretiranja stvari, ljudi in dogodkov; ustvarjanje stališč do sebe in drugih);



2. čustvovanje (obseg, intenzivnost in ustreznost čustvenega vzburjenja in odzivanja);
  3. kontrola impulzov in zadovoljevanje potreb;
  4. način povezovanja z drugimi ter upravljanje z medosebnimi situacijami.
- G2. Odstopanja morajo biti razširjena, tj. pojavljati se morajo v različnih osebnih in socialnih situacijah (tj. niso omejena na eno specifično sprožilno situacijo), manifestirajo pa se v obliki nefleksibilnih, neprilagojenih ali na drugačen način nefunkcionalnih vedenj.
- G3. Kot posledica vedenj, navedenih pod točko G2, posameznik doživlja osebno stisko, oziroma je kvaliteta njegovega funkcioniranja v socialnem okolju pomembno zmanjšana.
- G4. Obstajati mora dokaz, da so odstopanja stabilna in dolgotrajna ter da njihov začetek sega v obdobje poznega otroštva in adolescence.
- G5. Odstopanj ni mogoče pojasniti z manifestacijo oziroma kot posledice katere druge duševne bolezni, čeprav lahko epizodična ali kronična stanja, navedena pod kategorijami F00-F59 ali F70-F79, soobstajajo z osebnostno motnjo ali pa se nanjo nacepijo.
- G6. Organska možganska bolezen, poškodba ali disfunkcija se izključijo kot možni razlogi za pojasnitev odstopanj. (Kolikor se pokaže, da so osebnostne spremembe organske narave, se uporabi kategorija F07).

Avtorji klasifikacije MKB-10 priporočajo, da se informacije glede zgoraj omenjenih kriterijev pridobi iz čimveč virov. Čeprav je včasih mogoče dobiti dovolj informacij o posamezniku že med enim srečanjem, pa je vseeno bolj priporočljivo, da človeka vidimo večkrat in da opravimo razgovor še s kom drugim, ki osebo dobro pozna, oziroma da pregledamo tudi preteklo dokumentacijo. Večje kot je število virov, iz katerih bomo črpali informacije o posamezniku, in bolj kot je diagnostika procesna, večja je verjetnost, da bomo postavili pravilno diagnozo, posledično pa bomo

lahko tudi ustrezneje načrtovali zdravljenje. Avtorji poleg tega še predlagajo, da bi bilo smiselno opredeliti dodatne kriterije, ki bi omogočali postavitev diagnoze tudi v kulturnih okoljih, ki se glede na socialne norme in pravila razlikujejo od evropsko-ameriškega kulturnega prostora<sup>5</sup>.

Splošni kriteriji za postavitev diagnoze osebnostne motnje po DSM-5 (iz leta 2013) so:

- A. Dolgotrajni vzorec notranjih izkušenj in vedenj, ki se pomembno razlikuje od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja. Vzorec se mora odražati na dveh (ali več) od naslednjih področij:
  - 1. Mišljenje (tj. načini zaznavanja ter interpretiranja sebe, drugih ljudi in dogodkov).
  - 2. Čustvovanje (tj. obseg, intenzivnost, labilnost in ustreznost čustvenega odzivanja).
  - 3. Medosebno funkcioniranje.
  - 4. Kontrola impulzov.
- B. Dolgotrajni vzorec je nefleksibilen in razširjen preko širokega nabora različnih osebnih in socialnih situacij.
- C. Dolgotrajni vzorec povzroča klinično pomembno stisko ali prizadetost na področju socialnega in poklicnega funkcioniranja ter na drugih pomembnih področjih.
- D. Vzorec je stabilen in dolgotrajen, začetek pa je mogoče zaslediti vsaj v adolescenci ali zgodnjem otroštvu.
- E. Dolgotrajnega vzorca ni mogoče bolje pojasniti z manifestacijo ali posledicami drugih duševnih bolezni.
- F. Dolgotrajnega vzorca ni mogoče pripisati fiziološkim učinkom substanc (npr. prepovedanih drog ali zdravil) oziroma jih ni mogoče pojasniti s kakšno drugo boleznijo (npr. poškodbo glave).

---

5 Strokovna literatura večkrat rabi termin »Western countries« oziroma »Western societies«, s čimer želi poudariti, da je večina (tako klasičnih kot modernih) dognanj glede osebnostne psihopatologije izpeljana iz proučevanja evropske in ameriške populacije. Distinkcija *zahod-vzhod* je preveč ohlapna, zato sem se odločil, da namesto izraza Zahod (oz. njegovih izpeljank) uporabljam izraz evropsko-ameriški kulturni prostor.

Vidimo lahko, da sta klasifikaciji po osnovnih kriterijih za postavitev diagnoze »osebnostna motnja« lepo poenoteni. Kar se tiče specifičnih osebnostnih motenj pa se klasifikaciji med seboj nekoliko razlikujeta. Poglejmo si, s katerimi specifičnimi osebnostnimi motnjami nam postrežeta ena in druga.

V **MKB-10** najdemo naslednje specifične osebnostne motnje:

- Paranoidna osebnostna motnja (F60.0)
- Shizoidna osebnostna motnja (F60.1)
- Disocialna osebnostna motnja (F60.2)
- Čustveno nestabilna osebnostna motnja (F60.3)
  - Impulzivni tip (F60.30)
  - Mejni tip (F60.31)
- Histrionična osebnostna motnja (F60.4)
- Anankastična osebnostna motnja (F60.5)
- Bojazljivostna (izogibajoča) osebnostna motnja (F60.6)
- Odvisnostna osebnostna motnja (F60.7)
- Druge specifične osebnostne motnje (F60.8)
- Osebnostne motnje, nespecifične (F60.9)

V **DSM-5** najdemo naslednje specifične osebnostne motnje:

*Skupina A (nenavadne ali čudaške poteze)*

- paranoidna osebnostna motnja
- shizoidna osebnostna motnja
- shizotipska osebnostna motnja

*Skupina B (dramatične, čustvene in nestabilne poteze)*

- antisocialna osebnostna motnja
- mejna osebnostna motnja
- histrionična osebnostna motnja
- narcisistična osebnostna motnja

*Skupina C (anksiozne in plašne poteze)*

- izogibajoča osebnostna motnja
- odvisnostna osebnostna motnja
- obsesivno kompulzivna osebnostna motnja

## Alternativni DSM-5 model osebnostnih motenj

V prejšnjem poglavju sem omenil, da je v dodatku publikacije DSM-5 mogoče zaslediti alternativni model osebnostnih motenj, katerega namen je premostiti nekatere glavne pomanjkljivosti kategoričnega modela osebnostnih motenj. Bolj kot na odključavanje simptomov se ta model osredotoča na določanje samega funkcioniranja oziroma ravni primanjkljajev, ki se pri posamezniku pojavljajo. V tem delu na kratko predstavljam Alternativni model.

Splošni kriteriji za postavitve diagnoze »osebnostna motnja« po alternativnem DSM-5 modelu so naslednji:

- A. Zmerni ali izraziti primanjkljaji v osebnostnem funkcioniranju (odnos do *sebe* in *drugih*).
- B. Prisotnost ene ali več patoloških osebnostnih potez.
- C. Primanjkljaji v osebnostnem funkcioniranju ter posameznikove osebnostne poteze so relativno nefleksibilne in se pojavljajo v različnih osebnih in socialnih situacijah.
- D. Primanjkljajev v osebnostnem funkcioniranju ter posameznikovih osebnostnih potez ni mogoče bolje pojasniti z drugo duševno motnjo.
- E. Primanjkljajev v osebnostnem funkcioniranju ter posameznikovih osebnostnih potez ni mogoče pripisati fiziološkemu učinkom zdravil ali drugi telesni bolezni (npr. hudi poškodbi možganov).
- F. Primanjkljajev v osebnostnem funkcioniranju ter posameznikovih osebnostnih potez ni mogoče razumeti v sklopu normalnega razvoja ali sociokulturnega okolja.

Po tem modelu morajo biti torej pri posamezniku za postavitve diagnoze osebnostne motnje prisotni (i) primanjkljaj v osebnostnem funkcioniranju ter (ii) patološke osebnostne poteze. Prav kriterija A in B igrata najpomembnejšo vlogo za postavitve diagnoze osebnostne motnje, zato ju želim na tem mestu tudi nekoliko podrobneje razdelati.

Osebnostno funkcioniranje alternativni model DSM-5 opredeljuje kot delovanje dveh mentalnih sistemov – *self*<sup>6</sup> in *drugi*. Prvi sistem se nanaša na predstave oziroma odnos, ki ga ima posameznik do samega sebe, drugi sistem pa se nanaša na medosebno funkcioniranje, torej na odnose z drugimi ljudmi. Vsak od teh dveh sistemov je sestavljen iz dveh elementov.

### Self

- *Identiteta*: Dojemanje samega sebe kot edinstvenega (enovitiga), z jasnimi mejami med seboj in drugimi; stabilnost samopodobe ter ustrezno vrednotenje samega sebe; kapaciteta oziroma sposobnost za regulacijo čustev.
- *Samousmerjenost*: Sledenje koherentnim in smiselnim kratkoročnim in življenjskim ciljem; uporaba konstruktivnih in prosocialnih notranjih standardov vedenja; sposobnost ustrezne samorefleksije.

### Drugi

- *Empatija*: Razumevanje in upoštevanje izkušenj in motivacije drugih ljudi; toleranca za različne perspektive; razumevanje učinkov lastnega vedenja na druge.
- *Intimnost*: Zmožnost globljega in dolgoročnega povezovanja z drugimi ljudmi; želja in kapaciteta za bližino; vzajemnost spoštovanja, ki se kaže v medosebnem vedenju.

---

6 Self je, kar se tiče prevajanja, gotovo eden najnesrečnejših in najzagonetnejših pojmov. Glavni problem nastane v pretvorbi zaimka *sebe* v samostalniško obliko. Ni je rešitve, s katero bi zadovoljil tako jezikovne puriste kot tudi klinike. Prvi prisegajo na rabo pojma *sebstvo*, drugi na rabo pojma *self*. Gradišnik v prevodu McWilliamsove (2017) uporablja prevod *sebstvo*, ob koncu dela v angleško-slovenskem terminološkem slovarčku razloge za rabo tega termina tudi ustrezno argumentira. Lešnik v *Temeljih psihoanalize* (2009) za prevod selfa predlaga izraza *sebe* in *sebstvo*, a za slednjega poudarja, da je »sicer korekten samostalnik, vendar bolj ontološko-esencialna kakor refleksivna kategorija« (str. 204). Preslabo sem lingvistično podkovan (pa še namen te knjige ni), da bi se spuščal v argumentacije, kateri termin je bolj ustrezno uporabljati. Se pa v klinični praksi (kakor tudi klinični teoriji) mnogo pogosteje rabi izvorna (angleška) verzija, torej pojem *self*. Ker je to klinično orientirana knjiga, in ne filozofska razprava, sem se odločil, da tudi sam v tej knjigi uporabljam pojem *self* (oziroma prevod *sebe* kjer je to mogoče).

V Alternativnem modelu so patološke osebnostne poteze razdeljene hierarhično. Petim večjim, nadrednim kategorijam pravimo *domene* in predstavljajo splošne vedenjske vzorce oziroma tendence. Vsaka domena pa dalje vsebuje več specifičnih vedenjskih vzorcev, ki jim pravimo *facete*. Pomembno je poudariti, da so osebnostne poteze po Alternativnem modelu *dimenzionalne*, kar pomeni, da lahko posameznike po vseh domenah oziroma facetah umestimo na nek spekter. Z drugimi besedami, po tem modelu več ne kljukamo, ali je neko vedenje prisotno ali ne, marveč ocenjujemo, v kakšni meri je posamezna (patološka) poteza izražena. V nadaljevanju so opisane domene ter facete alternativnega modela.

**Negativno čustvovanje (nasproti čustveni stabilnosti):** Pogoste in intenzivne izkušnje visoke ravni različnih negativnih emocij (npr. anksioznost, depresivnost, krivda/sram, zaskrbljenost, jeza), kakor tudi njihovih vedenjskih (npr. samopoškodbe) ter medosebnih (npr. odvisnost od drugih) manifestacij.

- *Čustvena labilnost:* Pomeni nestabilnost v čustvovanju in razpoloženju; čustva so zlahka izzivna, intenzivna ter po stopnji neustrezna glede na naravo situacije oziroma okoliščin.
- *Anksioznost:* Občutki živčnosti, napetosti in panike kot reakcija na različne situacije; pogosta zaskrbljenost glede neprijetnih izkušenj iz preteklosti ter napovedovanje negativnih izidov v prihodnosti; bojazen in zaskrbljenost v negotovih situacijah; pričakovanje najhujšega scenarija.
- *Separacijska negotovost:* Strah, da bi zaradi zavrnitve ali ločitve od drugih ostali sami; strah temelji na pomanjkanju zaupanja v lastne sposobnosti, ter na občutku, da nismo zmožni skrbeti zase (tako fizično kot čustveno).
- *Podredljivost:* Prilagoditev lastnega vedenja glede na dejanske ali zaznane interese in želje drugih, tudi v primerih, ko je naše ravnanje v popolnem nasprotju z našimi interesi, potrebami in željami.

- *Sovražnost*: Nenehni in pogosti občutki jeze; jeza ali razdražljivost se pojavljata kot odziv na manjše opazke ali žalitve; nesramno, hudobno ali maščevalno vedenje (glej tudi kategorijo *Antagonizem*).
- *Perseverativnost* (trmoglavost): Vztrajanje pri neki nalogi ali načinu dela tudi v primeru, ko se je že zdavnaj pokazalo, da vedenje ni funkcionalno ali učinkovito; vztrajanje pri istem vedenju kljub več ponavljajočim se neuspehom oziroma jasnim vzrokom za ustavitev oziroma spremembo vedenja.
- *Depresivnost*: Glej kategorijo *Odtujenost*.
- *Sumničavost*: Glej kategorijo *Odtujenost*.
- *Zoženo čustvovanje*: Glej kategorijo *Odtujenost*.

***Odtujenost (nasproti ekstravertnosti)***: Izogibanje socialnim in emocionalnim izkušnjam, ki vključuje tako umik iz medosebnih interakcij (vsakdanjih, prijateljskih, intimnih) kot tudi na zoženo doživljanje ter izražanje čustev.

- *Umik*: Posameznik je raje sam kot pa v družbi drugih; zadržanost v socialnih situacijah; izogibanje socialnim kontaktom in aktivnosti; pomanjkljiva iniciacija v socialnih kontaktih.
- *Izogibanje intimnosti*: Izogibanje tesnim ali romantičnim odnosom, medosebni navezanosti ter intimnim spolnim odnosom.
- *Anhedonija*: Pomanjkanje veselja, vključenosti ali energije ob vsakdanjih izkušnjah; znižana kapaciteta za doživljanje ugodja ali občutenja interesa v sicer prijetnih stvareh.
- *Depresivnost*: Občutki potrnosti, trpljenja in/ali brezupa; posameznik se težko »izvije« iz takšnega razpoloženja; pesimizem glede prihodnosti; stalni občutki sramu in/ali krivde; občutki lastne manjvrednosti; samomorilne misli in samomorilno vedenje.
- *Zoženo čustvovanje*: Malo reakcij na emocionalne situacije; zoženo izkušanje ter doživljanje čustev; indiferentnost oziroma zadržanost v normativno prijetnih situacijah.
- *Sumničavost*: Pričakovanje, da imajo drugi ljudje slabe namene oziroma da bodo posamezniku škodili; pretirana