

Histrionična motnja osebnosti

Motnje osebnosti so v klasifikaciji DSM-IV (1994) definirane kot trajen vzorec notranjega izkustva in vedenja, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja in se odražajo na vsaj dveh področjih: kogniciji, čustvovanju, medsebojnih odnosih in/ali kontroli impulzov (DSM-IV, 1994, p. 633). Ti vzorci so togi, vztrajni in stabilni, pojavljajo se že v otroštvu ali adolescenci in se nadaljujejo v odrasli dobi.

Vsak človek ima svoj značilni način odzivanja na ljudi in okoliščine, hkrati pa je zmožen spreminjati vzorce reagiranja ter preizkušati nove, če se stari načini v določenih okoliščinah izkažejo za neučinkovite.

Pri ljudeh z MO pa prevladujejo specifična, disfunkcionalna bazična prepričanja oziroma sheme, ki so nastale na podlagi preteklih izkušenj in postanejo del vsakodnevnega, normalnega procesiranja informacij. (Beck, Freeman, 1990).

Sheme vplivajo na življenje posameznika, na njegovo mišljenje, čustvovanje in vedenje. Ta prepričanja so pretirano posplošena, ekstremna, toga, rigidna in neskladna z realnostjo ter povzročajo motnje v medosebnih odnosih in težave v doživljanju samega sebe.

Posameznik ima lahko tudi atipično sliko motenj ali celo več kot eno motnjo osebnosti. Lahko pa ima tudi motnjo, ki ni navedena v DSM (pasivno-agresivna osebnostna motnja) Ti primeri spadajo v kategorijo PD NOS (Personality Disorder not Otherwise Specified)-torej med nespecifizirane osebnostne motnje.

Histrionična motnja deli skupno zgodovino s konverzivno motnjo in somatizacijsko motnjo. Vse te motnje so zgodovinsko povezane s konceptom »histerije« oz. »potujoče maternice«. Ta naj bi po mnenju starih Grkov povzročala pri ženskah čustveno neuravnovešenost in nezadovoljstvo v spolnosti. V srednjem veku so ženske mentalne težave pripisovali čarovništvu, pretirani seksualnosti, moralni šibkosti in obsedenosti z demoni. Do 19. stoletja so govorili o šibkosti ženskega živčnega sistema kot biološki posledici njenega spola. Histerija je predstavljala predsodke in stereotipe o ženskah kot šibkih, inferiornih in čustveno labilnih.

»Histerija« se je kasneje razdelila na konverzivno motnjo in histerično osebnost, ki je kasneje postala histrionična motnja osebnosti. (beseda »histrionic« ne izhaja iz grške besede »hysteria«, pač pa iz latinske »histrionicus« - ki se nanaša na igralca)

V psihoanalitični literaturi so o njej pisali Kraepelin, Schneider in drugi. Freud je pisal predvsem o konverzivni histeriji. Wilhelm Reich (1945) je ločil konverzivno histerijo od histeričnega karakterja. Te zgodnje teorije so povezovale histerijoz ženskim zavidanjem penisa in občutjem kastracije. Po Freudu je ta motnja povezana z zastojem na falični stopnji razvoja.

V dvajsetem stoletju se izraz histerična osebnost spremeni v histrionično motnjo osebnosti (histrion – igralec) in se loči od konverzivnih simptomov.

V DSM-IV so navedeni naslednji diagnostični kriterij:

Trajen vzorec pretirane čustvenosti in iskanja pozornosti, ki sega v zgodnjo mladost in se kaže v najmanj petih značilnostih:

1. nelagodje v okoliščinah, kjer on ali ona ni v centru pozornosti

2. odnose z drugimi pogosto zaznamuje neprimerno seksualno zapeljivo ali provokativno vedenje
 3. naglo spreminjanje čustvovanja in plitka, površna čustva
 4. pogosto izrablja zunanost za pritegovanje pozornosti
 5. uporablja pretirano impresionistično govorico, ki ji primanjkuje podrobnosti
 6. se dramatičira, teatralno in pretirano izraža čustva
 7. je sugestibilna oseba, predovzeta za vpliv drugih ljudi in okoliščin
 8. odnose ima za intimnejše, kot so v resnici.
- (DSM-IV, 1994, p.)

Osebe s HMO težko vzdržujejo intimne odnose. Od drugih želijo, da bi skrbeli zanje in jim naklanjali nenehno pozornost. Želijo vzdrževati odvisnost od drugih, ne prenesejo pa, da bi bili drugi odvisni od njih. Pogosto igrajo vloge (žrtve, princeze...).

Težko prenesejo odlaganje užitka in zahtevajo takojšnjo zadovoljitev. Na prvi pogled so topli, šarmantni, zapeljivi, vendar njihova čustva niso pristna in ne premorejo globine. Kadar niso v centru pozornosti in kadar njihove potrebe niso takoj zadovoljene, postanejo vznemirjeni ali depresivni. Rutine se hitro naveličajo, zato opuščajo stvari še preden jih dokončajo. Njihove odločitve so impulzivne, nagnjeni so k uporabi opojnih substanc, somatizacijskim motnjam in poskusom samomora.

Težko prenašajo kritiko in imajo nizek tolerančni nivo frustracije.

Lahko so uspešni v poklicih, kjer je pomemben prvi vtis in ni potrebna posebna natančnost. (igranje, marketing, politika, umetnost). Njihova kognicija je globalna, impresionistična in razpršena. Izogibajo se mislim, ljudem in okoliščinam, ki ogrožajo njihov pogled nase in na svet (Millon & Davis, 1996, p.369), Nagnjeni so k obrambnim mehanizmom disociacije in represije (Millon & Davis, 1996, p. 396-370). Ne zavedajo se povezanosti lastnih misli in občutkov s svojim vedenjem in vplivom na druge. Tako se ne zavedajo svoje vloge v interpersonalnih konfliktih (Kubacki & Smith, Retslah, ed, 1995, p. 171)

Oseba s HMO vidi sebe kot glamurozno in impresivno, druge pa kot občudovalce.

Njena glavna prepričanja so: »Ljudje so tu, da me občudujejo in mi strežejo. Nimajo pravice, da mi odrečejo moje želje. Lahko ravnam tako, kot čutim.«

Pod tem pa ležijo prepričanja: »Če ne očaram ljudi, sem nihče«, »če ne bom zabaval ljudi, me bodo zapustili« in »če ne pridobim drugih, sem nemočen«.

Zanje je značilna prisilna odvisnost. Včasih sami sabotirajo svojo srečo in uspeh.

Možni vzroki za razvoj motnje

Vzroki za razvoj osebnostnih motenj še niso popolnoma raziskani. Obstaja več dejavnikov, ki naj bi vplivali na razvoj motenj;

- dedni dejavniki (genetika, kromosomske anomalije, aktivnost avtonomnega živčevja, razlike v temperamentu),
- konstitucijski dejavniki,
- psihološki dejavniki (psihoanalitska teorija – zastoj na določeni ravni razvoja),
- teorija učenja (motnja je posledica neustreznega modeliranja vedenjskih vzorcev v otroštvu. (Psihijatrija, 1999, p.297-299)

Glede na okoliščine in odnose (medosebne in intrapsihične) v mladosti sprejemamo določene odločitve in prepričanja. Razvijamo prilagoditvene strategije (ustrezne ali neustrezne), ki temeljijo na pomembnih prepričanjih. Ta prepričanja se povezujejo v bolj ali manj stabilne vzorce, sheme. To so osnovne strukture, na katerih temeljijo naša kognicija, čustvovanje, motivacija, vedenje, in so osnovne enote naše osebnosti.

Določena nagnjenja, ki so prisotna že ob rojstvu (temperament, vzorci vedenja) ojačajo ali oslabijo pod vplivi okolja in izkušenj (kumulativna ali akutna travma).

Tako na primer otrok, nagnjen k zabavanju drugih, ki je vedno pohvaljen za tovrstno vedenje, lahko pretirano razvije to vedenje, da bi vedno dosegel pozornost in odobravanje.

Oseba s HMO ima pretirano razvite naslednje strategije: ekshibicionizem, ekspresivnost, impresivnost, premalo pa sposobnosti refleksije, kontrole in sistematizacije.

Oseba s **histrionično motnjo** osebnosti je bila ljubljen zaradi svojega prijetnega videza in sposobnosti razveseljevanja, zabavanja drugih. Lastnosti kot npr. sposobnost ali osebnostna moč v družini niso bile cenjene

HMO pogojuje občudovanje otrokove zunanje podobe, združeno s pretirano skrbjo in zadovoljevanjem vsake želje. Tako se otrok uči, da ni pomembno, da je kompetenten, pač pa je pomembno, da mu uspe, da drugi poskrbijo zanj. Uči se, da sta fizični izgled in šarm *funkcionalna*, z njima kontrolira pomembne druge. Tako tudi njegovo mnenje o samem sebi temelji na lastnostih, potrebnih za vzpostavljanje kontrole nad pomembno osebo, ki mu bo nudila skrb, nego in zaščito.

Oseba s HMO se drži naslednjih pravil: »Bodi lep in očarljiv in tisti, ki jih boš očaral, bodo skrbeli zate. Ni se ti potrebno naučiti, da bi znal poskrbeti zase, kompetentnost ni ne očarljiva, ne privlačna, tvoja moč leži v sposobnosti povezati se z močnimi skrbniki, če zgubiš svoj šarm, zgubiš to vez in svojo moč.«

Tudi v odrasli dobi osebe s HMO iščejo partnerje, ki bodo (pre)skrbni in od katerih bodo odvisni.

Kadar partner/skrbnik pokaže kakršnokoli šibkost, oseba s HMO doživi stisko, tesnobo, paniko ali depresijo. Ne prenese, da bi se kdo zanašal nanjo, ker jo skrbi, kdo bo potem skrbel zanjo.

Primarno družinsko okolje osebe s HMO je bilo dramatično, polno nepredvidljivih sprememb, starševske nestabilnosti in mogoče tudi alkohola. Kaotično in »zanimivo«. Na zunaj pa take družine pogosto izgledajo »čudovite, tesno povezane, srečne«. Nestabilnost je spremljala zahteva po pretvarjanju »vse je v najlepšem redu«. Pod površino pa se je skrivala čustvena hladnost, distanciranost. Oseba, odrasla v takem družinskem okolju še naprej vzdržuje površinske, nepristne odnose. Posledica tega so tudi obrambni mehanizmi zanikanja in represije, povezani s fizičnimi simptomi. Od tu pa izhaja povezava med histrionično motnjo in somatizacijo.

Bolehni tip HMO v nasprotju s »koketnim« izhaja iz družinskega okolja, kjer je bil večinoma deležen nege, skrbi in pozornosti, kadar je bil bolan. Ti ljudje so se naučili, da so nesposobnost in pritoževanje učinkovit način pridobivanja skrbi. Družine, ki nagrajujejo bolehnost, spodbujajo zanikanje. To lahko privede do prave somatizacijske motnje. Kakšno pot bo izbrala oseba s HMO (fizično privlačnost in šarm ali bolehnost), je odvisno od naravnih, konstitucijskih nagnenj in zgodnjega socialnega okolja. Nekateri pa razvijejo oba načina.

Psihoterapija

Psihoterapija ljudi z osebnostno motnjo zahteva poseben pristop, saj so osebnostne motnje trajne duševne in vedenjske značilnosti, kar pomeni, da so nespremenljive ali, bolje rečeno, slabo spremenljive. Poleg tega ljudje z osebnostno motnjo samega sebe ne doživljajo kot osebnostno motenega. Zaradi tega večinoma nimajo motivacije za psihoterapijo. Nekateri

Ljudje niti ne želijo sprememb, saj so njihove strategije zanje funkcionalne v mnogih življenjskih okoliščinah. Kadar pridejo v terapijo je to pogosto zaradi posledic MO; konfliktov s samim seboj in okolico. Te konflikti se lahko kažejo kot stres, depresija, tesnoba, poskusi samomora... Zaradi slabše sposobnosti uvida in težnje k prekinitvi terapije, čim se stanje malo izboljša, so nekatere vrste terapij manj primerne, npr. dolgotrajna, psihoanalitska. Primernejše so terapije, katerih cilj je ozaveščanje neprimernih vzorcev vedenja, mišljenja in doživljanja, ter sprememba vedenja.

Posebnost psihoterapije osebnostnih motenj je, da zahteva od klienta, da pravzaprav opusti oziroma spremeni samega sebe, to, kar je in kar ga je definiralo mnogo let. To seveda izzove tesnobo. Zato je pri psihoterapiji ljudi z osebnostno motnjo izjemno pomemben terapevtski odnos med klientom in terapevtom. Pomembno je tudi, da se v terapevtskem odnosu obravnava vsa področja, na katera vplivajo sheme; vedenjsko, kognitivno in emocionalno. Pomembno je postaviti dosegljive cilje - cilj seveda ni »ozdravitev« motnje, pač pa obravnavanje specifičnih težav, prepoznavanje neustreznih shem vedenja in doživljanja, učenje novih načinov reagiranja, reševanja problemov...

Cilj psihoterapije je, da klient prepozna svoje vzorce, od kod izhajajo in kaj je njihova vloga. Postopoma se bo moral spopasti z vprašanjem, ali se želi odreči starim vzorcem. Odločitev, ki ni nujno zavestna, bo odprla pot učenju novih, boljših in ustrežnejših vzorcev.

Klient in terapevt sta »na isti strani«; skupaj se borita proti »temu«. (ne proti klientu)

»To« so destruktivni deli iz preteklosti, stari vzorci, želje in strahovi.

Uvid je stopnja v terapiji, ne njen cilj. Ne zgodi se takoj in ne pomeni takojšnje spremembe.

Potrebno je veliko dela, poguma, razumevanja in učenja, da pride do sprememb.

Pomembno je jačanje »opazujočega ega«. Terapevt podpira klienta in njegovo željo po spremembi..

Vzorcev, značilnih za osebnostno motnjo se ne da blokirati z voljo. Nasvet »Zberi se!« ne deluje pri spreminjanju navad in načinov delovanja, ki jih poganjajo nezavedni strahovi in želje, ter spremljajo klienta že celo življenje.

Pristopi k nagovarjanju skritih strahov so različni; niso nujno na zavestni ravni. Klient pa se mora naučiti, da to, česar se boji, ni resnično ogrožujoče.

Vsaka psihopatologija je dar ljubezni – neustrezne vzorce poganja želja pridobiti ljubezen pomembnih drugih. Celo ravnanja, kot so samopoškodbe, izogibanje kontakta, depresija ipd. služijo temu namenu.

Preobrat v terapiji osebnostne motnje se zgodi, ko se klient odloči, da se bo odrekel starim neustreznim vzorcem. To je najtežja in najpomembnejša naloga .

Klient potrebuje pomoč pri soočenju z destruktivnimi željami. Odločitev za spremembo lahko prinese s seboj paniko in kaos (če nisem več tak, ne obstajam!). Terapevt mora pomagati klientu, ne sme pa odločati, kaj naj počne klient.

Osebe s HMO pogosteje poiščejo pomoč kot ljudje z drugimi motnjami. Odnos s klientom je seveda zelo pomemben, vendar se klienti s HMO nagibajo k temu, da vidijo terapevta kot vsemogočnega rešitelja, ki bo rešil vse njihove težave. Terapevt mora biti zato zelo pozoren na kontratransfer in biti dobro uglašen z lastnim čutenjem in doživljanjem. Paziti mora, da nudi klientu tisto, kar potrebuje, ne tisto, kar zahteva (wanted & needed relationship).

Terapevtova naloga je podpirati kompetentnost in asertivnost.

Postaviti mora jasne meje in okvir terapije. Skupaj s klientom mora zastaviti specifične, konkretne cilje, ki so zanj resnično pomembni, tako kratkoročno kot dolgoročno. To tudi pripomore k temu, da klient ne zapusti terapije predčasno.

Ker je za histrionične kliente značilen splošen, impresionističen kognitivni stil, brez podrobnosti jim je potrebno pomagati zaznavati specifične misli. Ko klient prepozna specifične misli, lahko prepozna tudi spremljajoče občutke in jih skuša spreminjati. Ko

spremlja svoje misli, želje, občutke, počasi spoznava, kateri so neustrezni in v neskladju z realnostjo in jasneje vidi povezave med vzroki in posledicami.

Koristno je tudi učenje specifičnih sposobnosti reševanja problemov z različnimi metodami, ter njihove prednosti in pomankljivosti. (kar je lažje kot trajna in popolna sprememba vedenja).

Klient mora tudi osvojiti misel, da s spremembo vedenja in doživljanja ne bo izginilo vznemirjenje in veselje iz njegovega življenja. Jasno mora biti, da sprememba čustvovanja ne pomeni izgube čustev, pač pa njihovo konstruktivnejšo uporabo.

Klient se bo moral tudi spopasti s svojimi najskrivnejšimi prepričanji; »da je nesposoben in se mora zanašati na druge, da bi preživel«

Cilj psihoterapije histrionične motnje osebnosti ni »ozdravljenje«, pač pa boljša prilagoditev živlenskimi okoliščinam, večja kompetentnost in fleksibilnost v delovanju in doživljanju.

Terapevtski poudarek pri delu s HMO temelji na delu s strahovi klienta pred izgubo življenja v stanju nenehne mladosti, kjer drugi poskrbijo zanj in se mu ni potrebno soočati s težavami in bolečinami resničnosti. Pravzaprav mora odrasti in prerasti življenje v zanikanju in otroško nemoč.

Cilj je preprečevanje nadaljnega nazadovanja, ohranjanje ravnotežja, zmanjševanje simptomov, učenje izgubljenih spretnosti in izboljšanje zmožnosti prilagajanja (Adler, Ed., 1990, pp. 26-32). Cilj vključuje metode za boljše odzivanje na stres, interpersonalno učinkovitost, odlaganje takojšnje zadovoljitve in metode za reguliranje afekta. Klient mora prevzeti aktivno vlogo v skrbi zase; integrirati nežnost z močjo, uravnavati izražanje čustev, osvojiti toplino, pristnost in empatijo (Sperry, 1995, pp. 105-106). Naučiti se mora živeti z realnostjo, kakršna je, pridobiti samozaupanje, pogum in samozavest. (Sperry & Carlson, 1993, p. 415)

Maja Gedei

Prof. lik. ped.

Specializantka integrativne relacijske psihoterapije