

Tina ZADRAVEC

## ***Obravnavaj ljudi z mejno osebnostno motnjo v skupinski analizi***

### ***Treatment of People with Borderline Personality Disorder in Group Analysis***

#### **Povzetek**

Pacienti z mejno osebnostno motnjo so za večino skupinskih terapevtov eni izmed zahtevnejših članov skupin, saj je z njimi težko vzpostaviti in vzdrževati terapevtsko delovno zvezo ter si s tem zagotoviti njihovo sodelovanje v obravnavi. Zaradi svojih značilnosti in osebnostne dinamike v skupino vnesejo veliko intenzivnih čustev, ki sprožijo burne transferne in kontratransferne odzive pri ostalih članih skupine ter terapevtu. Zaradi tega je priporočljivo, da terapevti prilagodijo cilje in določene tehnike dela. S tem omogočijo boljšo obravnavo in sodelovanje pacientov z mejno osebnostno motnjo v skupini ter izboljšajo tudi terapevtsko delovanje skupine kot celote.

#### **Ključne besede:**

mejna osebnostna motnja, skupinska analiza, skupinska terapija.

#### **Abstract**

For most group therapists patients with borderline personality disorder represent one of the most difficult patients in a group, because of their difficulties in forming and maintaining a therapeutic working alliance and obtaining their cooperation in the treatment process. Because of their characteristics and personality dynamics they impact the group with intense emotions, which set in motion rich transference and counter-transference reactions in other members of the group and in the therapist. This is why it is recommended that therapists adapt treatment goals and working techniques, which enables better treatment and cooperation of the patients with borderline personality disorder and enhances the therapeutic value of the group as a whole.

#### **Key words:**

borderline personality disorder, group analysis, group therapy.

## Uvod

Ljudje z mejno osebnostno motnjo (MOM) spadajo med bolj problematične člane skupin, saj ima večina terapevtov zaradi njihove psihopatologije težave pri vzpostavljanju in vzdrževanju čustvenega stika z njimi (Rutan in Stone, 2001). V psihoterapiji težko razvijejo terapevtsko delovno zvezo, kar lahko privede tudi do poskusov uničenja odnosa ali terapije (skupine). Pogosto ne vidijo svoje vloge pri nastalih težavah in njihovem vplivu na odnose z drugimi (Yalom in Leszcz, 2005).

## Psihodiagnostična in psihodinamična opredelitev

Pri MOM gre za hudo motnjo v osebnostnem funkcioniranju, za katero so značilni čustvena nestabilnost, motnje identitete, slabo obvladovanje impulzov in stalne težave v medosebnih odnosih (APA, 2000). So bolj dezorganizirani kot nevrotični pacienti in bolj integrirani kot psiho-tični (Kernberg, 1984). Pogosto so pridružene tudi druge osebnostne motnje ali druge duševne motnje, kot so motnje razpoloženja, anksiozne motnje, odvisnost od psihoaktivnih substanc ali postravmatska stresna motnja (Stone, 2005). Zanje je značilno tudi slabo socialno funkcioniranje – večja brezposelnost, hitrejša menjavanje delovnih mest, samski stan in višja stopnja razvez. Okoli deset odstotkov jih življenje konča s samomorom (Bateman in Fonagy, 2004).

Kernberg (1984) je raje kot o mejni osebnostni motnji govoril o širšem pojmu, in sicer mejni osebnostni strukturi, kamor se poleg mejne osebnostne motnje uvrščata tudi narcisistična in antisocialna osebnostna motnja. Ne glede na poimenovanje je za te paciente značilen šibek jaz, ki slabše obvladuje impulze in čustvovanje. Zaradi tega hitro menjavajo svoje razpoloženje, imajo izbruhe besa ali depresivna stanja in se vpletejo v samopoškodovalno in samomorilno vedenje. Čustev ne zmorejo ustrezno razločevati, večino časa občutijo neznosno razpršeno napetost, ki jo težko ubesedijo. Njihov nadjaz je slabo integriran, največkrat je arhaičen in krut, zaradi česar so polni obsojanja in kaznovanja sebe in/ali drugih. Na področju objektivnih odnosov niso do konca izpeljali procesov separacije in individualizacije, zato je močno prisoten razcep med dobrimi ter slabimi deli sebe in objektov, kar vodi do hitro menjajočega se nihanja med razvrednotenjem ter idealizacijo sebe in drugih. Razpeti so med strahom pred izgubo objekta po eni strani in strahom pred zlivanjem z objektom ter s tem izgubo lastne identitete po drugi. Poleg razcepa uporabljajo tudi druge primitivne obrambne mehanizme, kot so projekcija, projektivna identifikacija, zani-kanje, idealizacija in razvrednotenje, kar samo še bolj utrjuje že tako prisoten notranji razcep. Ljudje z MOM imajo razpršeno identiteto, kar pomeni, da ne razpolagajo z integriranim konceptom sebe ali drugih. Njihova doživljanja sebe in drugih so spremenljiva, zaradi česar se navzven velikokrat ne obnašajo smiselno ter imajo težave z oblikovanjem in doseganjem dolgoročnih ciljev (Albus, Bernard, Reddemann, Wöller in Kruse, 2005).

## Vključevanje pacientov z MOM v skupinsko obravnavo

Pacienti z MOM so včasih veljali za terapevtsko nedostopne, saj so pregloboko regresirali v nestrukturirani psihoterapevtski situaciji, ki je značilna za psihoanalizo (Gunderson, 2000). Kasneje se je razvila vrsta različnih, na dokazih temelječih pristopov k obravnavi te motnje

(Bateson in Fonagy, 2004; Linehan, 1993; Beck, Freeman in Davis, 2004; Smith, 1996; Young, Closko in Weishaar, 2006). Raziskav o učinkovitosti skupinske analize pri obravnavi pacientov z MOM primanjkuje, vendar so stališča in izkušnje skupinskih analitikov pozitivna in govorijo v prid obravnavi pacientov z MOM v skupinah, zlasti če imajo ti pacienti na razpolago dovolj časa (Klein in Bernard, 1994; Pines, 1994; Rutan in Stone 2001; Yalom in Leszcz, 2005).

Skupinska analiza je za paciente z MOM priporočljiva zaradi različnih razlogov. Pacienti z MOM pogosto do terapevta razvijejo negativne transferne reakcije, saj težko prenašajo intenzivnost in intimnost diadnega odnosa. Zaradi tega lahko zbežijo iz terapije ali s svojim vedenjem povzročijo zavrnitev terapevta. V skupini pa se transfer razprši med člane skupine, kar zmanjša negativna čustva do terapevta. Poleg tega se pacient v skupini lažje umakne in s tem uravnava intenziteto čustvene vpletenosti. Zelo pomemben vpliv ima socialni pritisk skupine, ki pomaga pacientom z MOM vzdrževati stik z realnostjo. Skupina jim je v oporo, kadar so preveč izolirani in potrebujejo skupinske interakcije. Priporočljiva je tudi, kadar je individualna terapija dosegla plato in so za napredovanje potrebne še druge medosebne interakcije (Rutan in Stone, 2001).

Kljub temu, da je skupinska analiza priporočljiva, intenzivna primitivna čustva in zelo opačeno zaznavanje pacientov z MOM pomembno vplivajo na potek skupine. Ti pacienti se v terapiji težko angažirajo in verjetnost predčasnega zaključka je zelo visoka. Po treh mesecih individualne terapije je odstotek izpada iz terapije 34–67 % in po šestih mesecih ostane v terapiji le 34–57% pacientov (Rutan in Stone, 2001).

Ko terapevt izbira paciente za skupino, nikoli ne more vedeti, kaj ga čaka. Ni neobičajno, da se posamezniki, ki imajo hudo psihopatologijo, dobro vključijo v skupino, medtem ko drugi, ki imajo »vsakodnevne« probleme, povzročijo resne težave pri oblikovanju in razvoju skupine. Pacienti z MOM so največkrat vključeni v heterogeno zunajbolnišnično skupino psihično bolj integriranih pacientov. V tem primeru skupina običajno lahko prenese enega ali morda dva člana z MOM, če pa jih je več, to vodi do zastojev ali celo razpada skupine. Terapevt mora upoštevati psihološke moči in šibkosti posameznih članov skupine. Če je v skupini nekaj zelo bolnih posameznikov, mora biti, da se bo skupina kot celota še vedno gibala proti višjim nivojem organizacije, dovolj potenciala za ozdravitev pri drugih članih skupine (Foulkes, 1983). Paciente z MOM lahko vključimo tudi v homogeno skupino pacientov z osebnostnimi motnjami, za katere v zadnjih letih naraščajo dokazi o učinkovitosti, zlasti za (dnevno) bolnišnično obravnavo (Bateman in Fonagy, 2004). Priporočljiva je kombinacija skupinske analize z individualno psihoterapijo, pri čemer sta lahko skupinski analitik in psihoterapevt ista ali različna oseba. Če gre za dve različni osebi, je potrebna – da ne pride do razcepa – zelo dobra medsebojna komunikacija med psihoterapevtoma. Pri delu s pacienti z MOM je ugodno delo v terapevtskem paru, saj se na ta način breme kontratransfernih in transfernih reakcij porazdeli. Poleg tega je pacient soočen z dvema stabilnima objektoma, ki medsebojno sodelujeta, delo v paru pa omogoča tudi večje podoživljanje primarnih družinskih odnosov (Klein in Bernard, 1994).

Pacienti z MOM so med seboj zelo različni. Pri vključevanju teh pacientov v skupino moramo biti pozorni na to, da imajo vsaj minimalno sposobnost prenašanja frustracij ali kritike brez resnejših vedenjskih izpadov. Kernberg (1984) je med dejavnike primernosti pacienta za psihodinamično obravnavo naštel motiviranost, psihološki način razmišljanja in kapaciteto za introjkcijo. Pacient mora videti problem v sebi in si želeli spremembe.

## **Funkcioniranje ljudi z MOM v skupini ter odzivi skupine in terapevta**

Težave pacientov z MOM v medosebnih odnosih so vidne od trenutka, ko vstopijo v skupino. Bojijo se bližine in intimnosti, zato se nezavedno branijo, da bi se pridružili skupini. Njihov odpor je najbolje viden pri kršenju skupinskih pravil (zamujanje, odsotnosti). Hitro se začnejo pritoževati, da so pogovori nepovezani z njihovimi težavami in da so se znašli na napačnem kraju. Po drugi strani lahko vstopijo v center pozornosti z vlogo skupinskega monopolista ali pomoč zavračajočega člana, s čimer vsaj malo zadovoljijo svoje ekshibicionistične potrebe. Sovražnost, ki jo pri tem sprožijo, jim je domača in jim služi kot obramba pred še večjo nevarnostjo intimnosti. Zaradi tovrstnih vedenj se pogosto znajdejo v vlogi grešnega kozla. Pri dinamiki ljudi z MOM v skupini igrata najpomembnejšo vlogo prav separacijska tesnoba in strah pred zapustitvijo, ki sprožata primitivne obrambne mehanizme. Skupina nudi pacientom z MOM zaветje, kadar je njihov individualni terapevt odsoten, in sama po sebi postane stabilna entiteta. Ponavljajoče se izgube ob odhodih članov ob varni kontinuiteti skupine pomagajo pacientom, da se spoprimejo z občutki izgube. Ko pacienti z MOM razvijejo zaupanje v skupino, imajo velik vpliv na vzdrževanje njene stabilnosti, saj je njihova separacijska tesnoba tako visoka, da se trudijo zagotoviti kontinuirano prisotnost pomembnih ljudi v okolju in tako držijo skupino skupaj, pri čemer pogosto postanejo najbolj zvesti člani in karajo druge za njihovo odsotnost ali zamujanje. Pri pacientih z MOM je bolj pomembna vzpostavitev dobre terapevtske zveze kot pridobivanje uvidov. V individualni terapiji je terapevtska delovna zveza lahko odsotna, saj mnogi pacienti izgubijo svoj cilj, ker se tako zapletejo v odnos s terapevtom. V skupini pa jim zavezanost ostalih članov k njihovim ciljem služi kot zgled, da se vsakič znova vrnejo na začrtano pot. Njihovi vzorci odnosov so tudi v skupini skoraj vedno diadni – v komunikacijo se istočasno vključijo samo z eno osebo. Tretjo osebo odrivajo iz odnosa in pomemben napredek predstavlja kapaciteta, da dovolijo triangulacijo med ostalimi člani in je ne prekinjajo ter da so včasih morda tudi sami del tega (Rutan in Stone, 2001).

Pacienti z MOM uporabljajo primitivne obrambne mehanizme, njihova razpoloženje in vedenje sta izrazito spremenljiva. Nenadoma lahko vzroji in napadejo sočlane. Hitro se počutijo napadene in sprovočirane, slabo prepoznavajo in tolerirajo pravice drugih, neradi delijo z drugimi osovražene, a tako potrebnega terapevta, zelo težko se držijo pravil ali mej. Zaradi tega so člani skupine in terapevt pogosto v akutnem stresu (Pines, 1994). Ni neobičajno, da se terapevt veseli vodenja določene skupine in boji druge. Terapevt, ki nima nobenih težav pri individualnem delu s pacienti z MOM, bo pri skupinski terapiji pogosto občutil neugodje. Že samo število pacientov z MOM v skupini je lahko ogrožajoče. Skupine pacientov z MOM pogosto obtičijo na zgodnji stopnji razvoja. Pojavljajo se prehodni regresivni fenomeni, nepredvidljive spremembe na nivoju funkcioniranja in obilo predskupinskih fenomenov. Psihoterapevtski proces se razvija zelo počasi (Klein in Bernard, 1994).

Tudi njihove transferne reakcije so silovite in spremenljive, zaradi česar je njihovo doživljanje terapevta grobo popačeno. Na terapevta projicirajo slabo diferencirane predstave o sebi in drugih, doživljajo ga kot izključno dobrega ali slabega, hladnega, sadističnega. Zelo naporen je tudi njihov erotiziran transfer (Klein in Bernard, 1994). Hiter razvoj transfernih reakcij je lahko odziv na uporabljene tehnike obravnave ali njihovo doživljanje terapevtske situacije, ko se počutijo ogrožene ali so negotovi. Zato jim moramo v skupini nuditi občutek varnosti in kontrole, kar zniža intenziteto transfernih odzivov. Priporočljiv je aktivnejši pristop, ki ne spodbuja regresije, tj. usmerjenost v tukaj in zdaj, večja strukturiranost situacije in jasnost terapevtskih postopkov.

Pacienti z MOM pri terapevtu hitro najdejo šibke točke, ki izvirajo iz nerazrešenih področij terapevtove osebnosti, in s tem pri njem vzbudijo intenzivne kontratransferne reakcije. Ker njihove težave izvirajo večinoma iz predojdijskega obdobja, se to pri terapevtu pokaže v tipičnih kontratransfernih temah, kot so strah terapevta pred napadom ali poškodbo s strani pacienta in lastne želje ali strahovi pred izražanjem ali udejanjanjem nesprejemljive stopnje agresije do pacienta. Terapevta je lahko strah, da bi postal objekt pacientovih intenzivnih oralnih potreb in da bi bil v tem procesu »izsesan«, »požrt« in na koncu zavržen. Boji se lahko, da bi podlegel pacientovi norosti in primitivnim obrambam, posledica česar bi bila izguba lastnih meja in stika z realnostjo. Terapevt lahko doživlja pacientovo situacijo kot brezupno ali pa obratno čuti, da bo kljub neuspehu drugih terapevtov ravno on uspel rešiti ali celo pozdraviti pacienta ter da bo za to dobil priznanje in hvaležnost, ki ju zasluži (Klein in Bernard, 1994). Prave kontratransferne odzive je težko prepoznati, saj so nezavedni. Prepoznati jih je lahko v vedenjih, ki odstopajo od običajnega načina vodenja obravnave, kot so prilagajanje terapije pacientu, podaljševanje terapevtskih srečanj, zamujanje, pozabljanje pacientovega imena in podobno, kar je izraziteje v individualni terapiji, pojavi pa se tudi v skupinski. Včasih lahko terapevtu pomaga razmišljanje o članih skupine – katerega bi se najraje znebil ali najraje obdržal. Pacient z MOM lahko terapevta s svojima izsiljevanjem in samoškodovalnim vedenjem »potegne« v dejanja, ki so neterapevtska. Terapevt se mora upreti poskusom, da bi bil pacientu stalno na razpolago in da bi preveč zahteval od sebe, kajti na ta način pacientu omogoča, da ta z njim manipulira. Tak pacient v terapevtu pogosto vzbudi veliko jeze, kar je lahko opazno na terapevtovih obraznih izrazih ali tonu glasu. Če pacient terapevta s tem sooči, ta tega ne sme zanikati, ker bi s tem ponovili situacije v družini, ko so starši zanikali očitne stvari. Tak odziv zamaje terapevtsko delovno zvezo in oslabi pacientov stik z realnostjo. Pacienti z MOM so zelo dobri tudi v tem, da preko uporabe razcepa in močnih projektiivnih procesov terapevta vedno znova potegnejo v odigravanje nasprotne vloge in s tem vzdržujejo svojo notranjo dramo. V takšnih situacijah je zelo težko zdržati agresijo in destruktivne projekcije ter hkrati ohraniti stik z realnostjo in vzdrževati lastno diferenciacijo (Klein in Bernard, 1994).

Pacienti z MOM so za skupino pogosto dragoceni. Ti pacienti imajo velik dostop do svojih čustev, nezavednih potreb, fantazij in strahov ter lahko sprostijo skupino in olajšajo terapevtsko delo, zlasti če v skupini prevladujejo shizoidni, inhibirani posamezniki. Seveda je to dvorezni meč – nekatere člane pretresejo intenzivni napadi besa in negativnost, kar lahko zavre tiste člane skupine, ki so doživeli zlorabo ali travmo (Yalom in Leszcz, 2005).

Pri delu s pacienti z MOM je zelo priporočljiva supervizija, kjer ima terapevt priložnost raziskati kontratransferna doživljanja in dobiti potrebno podporo. Supervizija pomaga pri vzdrževanju meja in preverjanju realnosti.

### **Psihoterapevtske tehnike – posebnosti in prilagoditve**

V skupinski analizi je poudarek predvsem na interakcijah v skupini »tukaj in zdaj«. Pacienti z MOM v skupini tako kot drugi odigrajo svoje notranje scenarije, ki jih iz skupine lahko posplošimo na zunanje okolje (Gabbard, Beck in Holmes, 2005).

Pri obravnavi pacientov z MOM se pojavlja predvsem vprašanje morebitnih tehničnih prilagoditev. Delno je odgovor povezan s sestavo skupine. Če pacienta z MOM vključimo v heterogeno skupino, kjer so drugi člani na višjem razvojnem nivoju, tehniko le minimalno spremenimo. V

homogeni skupini pacientov z MOM pa lahko tehniko bolj prilagodimo (Rutan in Stone, 2001).

Pines (1994) pri obravnavi pacientov z MOM zagovarja bolj empatičen in ne tako konfrontirajoč stil. Terapevt naj se usmeri na pacientove osnovne potrebe, prizadetosti in travmatska doživetja. Pomembno je vzdržati in predelati močna čustva (angl. *containment*), empatično zrcaliti dogajanje, postaviti jasne meje ter vztrajati v terapevtski drži. Terapevt mora biti pozoren na svojo komunikacijo in biti nekoliko aktivnejši kot pri nevrotičnih pacientih. Interpretaciji naj pridruži še druga tehnična sredstva, kot so univerzalnost, konfrontacija ter usmerjanje pozornosti na podobnosti in razlike med člani.

Ker mnogi pacienti z MOM ne prepoznajo vpliva svojega vedenja na druge, so lahko, ko dobio povratne informacije, prizadeti in obrambno naravnani. Preko empatije z njihovo prizadetostjo se terapevt z njimi lahko čustveno poveže, s čimer se okrepi tudi varnost v skupini (Rutan in Stone, 2001). Interpretacije se lahko uporablja na različne načine. Namesto da bi terapevt neposredno interpretiral vedenje pacienta z MOM, ponudi interpretacijo skupini. Terapevt, denimo, interpretira, da se človek odzove napadalno, kadar je prestrašen. Če bi bila tovrstna interpretacija umerjena na pacienta z MOM, bi jo ta zanikal. Če pa jo usmeri na bolj zdrave paciente, lahko pacient z MOM opazuje, kako drugi člani to sprejemajo in se glede na to spreminjajo. Tako dobi drugačno perspektivo in verjetnost, da se bo umaknil ali napadel, je manjša (Rutan in Stone, 2001). Obratno imajo lahko interpretacije, namenjene pacientu z MOM, veliko večji vpliv na ostale člane skupine. Preko tega drugi postanejo bolj tolerantni in sprejemajoči do pacienta z MOM ter s tem spremenijo negativno skupinsko klimo. Z njimi lahko delijo svoje izkušnje in če imajo pacienti z MOM s sočlani manj intenzivne transferne odnose kot s terapevtom, jih lahko lažje sprejmejo. Pomembno je imeti v mislih tudi, da se vsi pacienti globoko v sebi trudijo biti v odnosih. Če to omenimo skupini, lahko člani do pacienta z MOM čutijo večjo empatijo (Rutan in Stone, 2001).

Pri obravnavi pacientov z MOM je umetnost uravnovešati njihove potrebe s skupino kot celoto. Pacienti z MOM velikokrat neposredno sprašujejo terapevta in zahtevajo odgovor. Osnova za tako vedenje ima lahko več virov, na primer pacientov občutek, da mu to pripada, strah pred ignoriranjem, nizko frustracijsko toleranco ali željo po stiku. Če terapevt odgovori na vprašanje, lahko začasno potolaži pacienta z MOM, pri ostalih pacientih pa vzbudi zavist, ker je pacient z MOM dobil posebno pozornost. Če na vprašanje ne odgovori neposredno, zaščiti pacienta z MOM pred tekmovalnostjo s sorojenci, vendar pacienta preplavijo intenzivna čustva, ker njegove potrebe niso bile izpolnjene. V takšni situaciji mora terapevt hitro oceniti razloge za neposreden odgovor na vprašanje in proti temu (Rutan in Stone, 2001). Terapevti so lahko do pacientov z MOM zaščitniški, saj so ti bolj ranljivi od ostalih pacientov v nevrotski skupini, kar vodi do ljubosumja in jeze pri ostalih članih.

Terapevt mora biti pri pacientih z MOM velikokrat v vlogi posrednika. Pomiriti mora člane, ki so v konfliktu, in jim pokazati, da je lahko pot iz preprirov tudi konstruktivna, tj. da vsak član vidi, da ima delno prav in delno ne ter da to, kar drugi član trdi o njem, delno drži. Pri napadih in destruktivnosti je torej skrita vzajemnost, na katero mora terapevt pokazati. S tem dejanjem terapevt kot nevpletena oseba dvigne nivo interakcije z destruktivnega diadnega na konstruktiven triadni nivo, saj zmore reflektirati situacijo (Pines, 1994).

Pri obravnavi pacientov z MOM je zelo pomembno zrcaljenje. Benigno zrcaljenje je pomemben del razvojnega procesa. Je selektiven in empatičen odziv, ki ga ena oseba nudi drugi, da se ta počuti razumljeno, sprejeto, oskrbljeno in potolaženo. Za Winnicotta (1971) psihoterapija v

svojem bistvu ni dajanje »pametnih« interpretacij, temveč v veliki meri dolgotrajno vračanje pacientu tega, kar je prinesel. Pacient neprestano prenaša na skupino svojo slabo samopodobo, da bi ji drugi oporekali. Terapevt ne more uiti dodelitvi vloge slabe matere, ki se je odzivala le na slabo v njenem otroku, ali pa se vloge obrnejo in pacient postane destruktiven, sovražen starš, ki terapevta podvrže občutkom ponižanja ter nemoči. Pacient napreduje, če terapevt te napade preživi in pacientu pokaže, kaj so njegove projekcije in kaj je realnost (Pines, 1994).

Terapevt mora zdržati in predelati razcep ter intenzivne projekcije in se pacientu ne sme maščevati. Potrebno je veliko potrpežljivosti, naklonjene skrbi in pravičnosti, preden pacienti z MOM prepoznajo, da njihovem notranjemu svetu dominirajo arhaične potrebe in da drugih ne upoštevajo kot ločene, samostojne osebe. Terapevt mora najprej pokazati drugim pacientom, zakaj se pacient z MOM vede na takšen način, sam pacient ta proces lahko razume šele precej kasneje (Pines, 1994).

Včasih je skupini zelo težko zdržati regresijo pacientov z MOM in se nanje odzvati empatično ter zdržati in predelati primitivna čustva ter fantazije. V skupini slabše strukturiranih pacientov mora za to poskrbeti terapevt, razen če je v skupini slučajno kakšen pacient, ki bi bil temu kos (Pines, 1994).

Odnos pacientov z MOM do psihične realnosti je drugačen. Kar občutijo, je zanje resnica. Sočlani in terapevt se pogosto znajdejo v pacientovem fantazijskem svetu, ne da bi razumeli, kaj se dogaja. Pacient z MOM izgubo razumevanja doživi kot katastrofo in uravnavanje teh katastrof je bistvo zdravljenja. Pomembno je doživeti nerazumevanje, obup ter se potem pobrati ob sočasnih podpori in skrbi skupine (Pines, 1994).

Pri pacientih z MOM dominirajo intenzivna (pogosto agresivna) čustva, njihova kapaciteta za toleriranje tesnobe je nizka in nimajo stabilnih notranjih struktur jaza. Vse to se kaže v izjemnih težavah z omejitvami, mejami in obvladovanjem impulzov (Klein in Bernard, 1994). Njihov primarni način izražanja so dejanja in ne besede. Nekatera vedenjska odigravanja so očitnejša in nevarnejša, kot so na primer samoškodovalno vedenje, nasprotovanje in provociranje drugih, vztrajno izpostavljanje tveganim situacijam, druga pa so subtilnejša, vendar nič manj moteča, kot so na primer kršenje skupinskih dogovorov z zamujanjem, izostajanjem od srečanj, zahteve po individualnih stikih in podobno. Kadar koli se ti fenomeni pojavijo, mora terapevt pacientu ponuditi manjkajoče funkcije jaza, kar pomeni postaviti ustrezne meje in omejitve za ohranitev varnosti brez sočasne odtegnitve pozornosti, kaznovanja, pretiranega nagrajevanja ali zapustitve pacienta, kar pa je težko doseči. Ko je na preizkušnji terapevtova empatija, je pogosta napačna uporaba podpore in konfrontacije.

Vedeti moramo, da se pacienti z izbruhi jeze ravno tako bojijo svojih nevarnih impulzov kot njihovi soudeleženci v skupini ali terapevt. Strah jih je kaznovalnega odziva, ki bi ga lahko vzbudili v drugih. Prenašanje in predelava močnih čustev sta bistvena pri uravnavanju in kanaliziranju agresivnih ter drugih impulzov. Zelo pomembno je, da terapevt prepozna jezo in se z njo lahko spoprijema, ne glede na to, ali izvira znotraj ali zunaj njega. Umetnost dela s pacientovo jezo je povezana s terapevtovo kapaciteto, da se sooča z lastnim primitivnim besom (Tuttman, 1994). Včasih je za pacienta dovolj, da smo le tiha priča agresivnosti, ne da bi nas preplavila tesnoba ali maščevalnost. Skupina je kot prehodni objekt, ki prenese močna čustva, ki jih prinašajo pacienti. Ko ti ostanejo ob potencialno destruktivnih fenomenih nepoškodovani, postanejo boljše integrirani (Klein in Bernard, 1994).

## Zaključek

Obravnava pacientov z MOM v skupini je priporočljiva, vendar morajo terapevti upoštevati njihove značilnosti in temu primerno prilagoditi tehniko ter cilje dela. Aktivno je potrebno spodbujati zlasti vzpostavitev dobre terapevtske delovne zveze in s tem sodelovanje teh pacientov v obravnavi, šele v kasnejših fazah pride v poštev delo na njihovi notranji strukturi objektov in sebe.

## Literatura

- Albus, C., Bernard, J., Reddemann, L., Wöller, W. in Kruse, J. (2005). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattaer.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Text Revision. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bateman, A. W. in Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Oxford: University Press.
- Beck, A. T., Freeman, A. in Davis, D. D. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Foulkes, S. H. (1983). *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy*. London: Karnac.
- Gabbard, G. O., Beck, J. in Holmes, J. (2005). *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford: University Press.
- Gunderson, J. G. (2000). Psychodynamic Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. V: J. G. Gunderson in G. O. Gabbard (ur). *Psychotherapy for Personality Disorders: Review of Psychiatry*, Vol. 19.
- Kernberg, O. K. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Klein, R. H. in Bernard, H. S. (1994). Utilizing Co-therapy in the Group Treatment of Borderline and Narcissistic Patients. V: V. L. Schremer in M. Pines. *Ring of Fire: Primitive Affects and Object Relations in Group Psychotherapy*. London: Routledge.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Pines, M. (1994). Borderline Phenomena in Analytic group. V: V. L. Schremer in M. Pines. *Ring of Fire: Primitive Affects and Object Relations in Group Psychotherapy*. London: Routledge.
- Smith Benjamin, L. (1996). An Interpersonal Theory of Personality Disorders. V: J. F. Clarkin in M. F. Lenzenweger (ur). *Major Theories of Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Stone, M. H. (2005). Borderline and Histrionic Personality Disorders: A Review. V: M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezzich in A. Okasha. *Personality Disorders*, 201–276. New York: Wiley.
- Tuttman, S. (1994). Therapeutic Responses to the Expression of Aggression by Members in Group. V: V. L. Schremer in M. Pines. *Ring of Fire: Primitive Affects and Object Relations in Group Psychotherapy*, 174–197. London: Routledge.
- Yalom I. D. in Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Perseus Book Group.
- Young, J. E., Clossko J. S. in Weishaar, M. E. (2006). *Schema Therapy: A Practitioners Guide*. New York: The Guilford Press.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications.

---