

Za integrirano in celotno psihoterapijo osebnosti: značilnosti psihoterapevtske obravnave pacientov z mejno motnjo osebnosti

*Towards integrative and holistic psychotherapy:
characteristics of psychotherapeutic treatment of
patients with borderline personality disorder*

POVZETEK

Izpostavljamo potrebo po celotni in enotni psihoterapiji motenj osebnosti. Težnja k integraciji psihoterapevtskih pristopov je že dalj časa prisotna med psihoterapevti, podprta pa je tudi z novjšimi raziskavami o učinkovitosti psihoterapije. Prav zdravljenje pacientov z mejno motnjo osebnosti sili terapevte v medsebojno povezovanje in uporabo različnih psihoterapevtskih postopkov. V članku so predstavljeni različni psihoterapevtski pristopi za odpravljanje pestrih težav, ki jih imajo ti pacienti, in težnje k integraciji teh postopkov. Enotna in celotna psihoterapija bi pomenila nov mejnik v razvoju mlade psihoterapevtske znanosti in prakse.

KLJUČNE BESEDE

celotna psihoterapija, integrirana psihoterapija, učinkovitost psihoterapije, mejna osebnostna motnja.

ABSTRACT

This paper presents the necessity for integrative and holistic psychotherapy of personality disorders, especially for borderline personality disorder. Personality is a complex, relatively enduring and stable system of deeply embedded psychological structures and processes (Millon, Grossman, Millon, Meagher in Ramnath, 2004). According to Kernberg (1986), personality disorders are a mixture of psychological traits, which lead to important disorders of intrapsychic

and/or interpsychic functioning. This conception assumes the necessity for a theoretically and methodologically diversified approach if we want to understand the functioning of personality - healthy or pathological. It is only through the integration of different diagnostic paradigms of personality (Wiggins, 2003) and therapeutic methods (Millon, 1996) that it will be possible to achieve reliable diagnosis and efficient treatment of these clients.

KEY WORDS

holistic psychotherapy, integrative psychotherapy, efficiency of psychotherapy, borderline personality disorder

EXTENDED ABSTRACT

A trend towards the integration of different psychotherapeutic orientations and schools has been present among psychotherapists for a long time. In recent studies researchers' efforts are no longer oriented toward exploring which of the numerous psychotherapeutic orientations is more effective, but rather toward identification of the factors that most contribute to the success of psychotherapy. Norcross and his team found that the establishment of a good alliance is essential for the success of psychotherapy, regardless of the type of treatment (Norcross, 2011). In this context, the therapist's ability to attune to the client's needs, expectations and capabilities is very important in building the therapeutic alliance. In reviewing his research literature, Lambert (2005) concluded that the most important factor in successful psychotherapeutic treatment is the client himself. Client variables include the following: severity of the problem, type of problem, readiness to change, helpful and problematic events during the course of therapy and degree of support in the social and work networks. Adaptation of psychotherapeutic techniques to each individual client is crucial for the effectiveness of therapy. Clients play a key role in psychotherapeutic processes.

Researches support the thesis that combining different psychotherapeutic approaches increases the efficiency of treatment including the treatment of clients with personality disorders (e.g. Millon, 1996; Stone, 1993). The question is then how to achieve the integration of different psychotherapeutic techniques? Beitman in Manring (2009) suggested four different types of integration: systematic eclecticism, theoretical integration, assimilative integration and common factors (or core processes). In practice, the client is the key factor, who determines the nature of the integration of psychotherapeutic treatments. This is called adapted idiographic and integrated psychotherapy (Gold, 2005). When treating clients with borderline personality disorders, which can differ greatly in presenting problems and symptoms, psychotherapists are even more compelled to cooperate and apply different psychotherapeutic techniques.

The main characteristics of borderline personality disorder are a pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image and affects, marked impulsivity, disturbances in identity, self-direction, empathy and intimacy (APA, 2013). These characteristics present great obstacles in the psychotherapeutic process, especially if it is rigid and partial. Effective treatment of patients with borderline personality disorder relies on co-ordination of multiple modalities provided by clinicians with special training (Gunderson in Links, 2007). Stone defined the pragmatic approach vis-a-vis borderline patients as a matter of »A, B, C, D«: Analytically-informed therapy, Behavioral therapy, Cognitive therapy and Drug therapy (Stone, 1993). The »complete« therapist must be comfortable with all these modalities as well as with group therapy techniques

(Leszcz, 1992; according to Stone, 1993).

This paper presents the advantages and disadvantages of various psychotherapeutic strategies and techniques for the treatment of diverse borderline symptoms and troubles. Some of them are competing, some are overlapping. Most borderline patients are seen in supportive psychothera-

pies in which the primary focus is on improving their adaptation to their life circumstances and diminishing the likelihood of self-destructive behavior (Gunderson in Links, 2007).

Although orthodox psychoanalysis is contraindicated for most of these patients, the effectiveness of its modifications, e.g. psychoanalytic psychotherapies, has some impressive empirical support (Gunderson in Links, 2007). For example, transference-focused psychotherapy emphasizes the distorted perceptions of relationships of borderline patients and recommends work on negative transference and confrontation (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999). On the other hand, Kohut emphasized the role of validation of patient's needs, empathic resonance and the withholding of confrontative remarks until a trusting relationship had been built up (Stone, 1993). Fonagy hypothesized, that the core problem of borderline patients is their inability to mentalize (which describes abilities to identify and express feelings, an awareness of their effect on others, and a sense that actions are motivated), and the main goal in therapy is to develop these patients' capacity to do so (Bateman & Fonagy, 2004).

Interpersonal psychotherapy places great emphasis on the development of a solid therapeutic alliance (Benjamin, 1996). The next step in therapy is the identification of the maladaptive interpersonal patterns of the patient. According to Benjamin (1996), borderline patients make progress in therapy if they can »divorce« the internalized abusive attachment figure and replace it with a more realistic one.

Schema therapy (Young, Klosko, & Weishaar, 2003) represents a bridge between cognitive and psychoanalytic therapies. According to Young, the core problem of borderline patients is their maladaptive cognitive-emotional schemata which are the result of disturbed object relations and are susceptible to change in therapy. Dialectical-behavior therapy (Linehan, 1993; 1996) is conceptually related to cognitive and interpersonal approaches in that it emphasizes a »dialectic« dialogue between patient and therapist. Linehan also advocates therapist self-disclosure, by way of providing feedback and fostering appropriate modeling.

According to Beck and cognitive psychotherapy (Beck and Freeman, 1990), patients with borderline personality disorder may show any of a number of dysfunctional beliefs which include anticipation of abandonment, conviction of unlovability, subjugation of one's own will to the will of other(s), mistrust and guilt. The cognitive therapist would first point out the characteristic distortions in patient beliefs and help him to change them with the support of cognitive techniques.

Family interventions can help borderline patients to change two specific patterns: overinvolvement and neglect (Gunderson et al., 1980; according to Gunderson in Links, 2007). Patients who are from overinvolved families are often actively struggling with dependency issues through denial or anger at their parents. Both cases reflect pathological attachment and dependent behavior. Therapy with the whole family can encourage the patient's separation and individualization.

Group therapies are useful for most borderline patients (Gunderson in Links, 2007). The the-

therapeutic group creates a holding environment where the borderline patient can have a “bad object” without needing to leave a treatment. Peers within the group are more able to confront the patient’s maladaptive and impulsive behavior. Groups are also very effective in identifying dependent needs or the manipulative behavior of borderline patients (Gunderson and Links, 2007). The advantage of group work is also easier identification of maladaptive patterns of coping in another person than in themselves. The cost-effective improvements of group therapy for borderline patients are documented (Budman et al., 1996; Gunderson and Links, 2007).

There is a great need for the integration of these different, although not conflicting, approaches in everyday practice. Integrative and holistic psychotherapy could be the next step forward in the development of psychotherapy as a science as well as praxis.

Uvod

Govoriti o psihoterapiji osebnostnih motenj se najbrž zdi nenavadno, saj je osebnost relativno trajen in stabilen sistem globoko vtkanih psiholoških struktur in procesov (Millon, Grosman, Millon, Meagher in Ramnath, 2004). Pri tem definicijo motenj osebnosti povzemamo po Kernbergu, ki pravi, da gre za takšen sklop osebnostnih potez, ki privede do pomembnih motenj intrapsihičnega in/ali interpsihičnega delovanja (Kernberg, 1986). Glede na praktične izkušnje so mnogi terapevti pri delu s posameznikom, pri katerem je v ospredju težava na osebnostnem področju, manj ambiciozni kot pri odpravljanju samih simptomov. Marsikateri pacient motenj osebnosti tudi ne problematizira, saj predstavljajo del njegovega ponotranjenega načina procesiranja informacij in odnosov z drugimi ljudmi. V terapijo jih privedejo specifični in konkretni problemi oz. motnje ter v osnovi niso motivirani za osebnostne spremembe. Motnje osebnosti so v klinični praksi pogosto obravnavane celo kot ovirajoči dejavnik za učinkovitost psihoterapije. Raziskave npr. potrjujejo večjo uspešnost psiholoških terapij in programov samopomoči pri pacientih brez diagnosticiranih motenj osebnosti v primerjavi s tistimi z motnjami osebnosti (Tyrer in dr., 1993). Če gre za pacienta z motnjami osebnosti, je zato terapevtski cilj pogosto zgolj omilitev, ublažitev določenih motečih osebnostnih značilnosti in simptomov, ki so povezani z njimi, v upanju, da bodo te kvantitativne spremembe prinesle novo kakovost v posameznikovem življenju, pri čemer temeljne osebnostne poteze ostajajo nespremenjene. Drugi, predvsem psihoanalitično orientirani terapevti, pa imajo tudi ambicioznejše cilje, tj. spremembo (patološke) osebnostne strukture (glej npr. Kernberg, 1986). Toda poudarjajo, da sprememba osebnosti zahteva svoj čas, celo veliko časa, in v današnjih pragmatičnih časih, ko se v zdravstvu izpostavlja potreba po hitri, učinkoviti in ekonomični obravnavi, to ni ravno zaželeno. Prevladujoče psihoterapevtske usmeritve v sodobnem času so orientirane na odpravo simptomov (pogosto je to vedenjsko-kognitivna terapija, glej npr. American Psychological Association, 2014), kar lahko običajno relativno hitro dosežemo, če so ti predvsem situacijsko pogojeni in niso znak osebnostne patologije. Če pa so simptomi izraz globljih, osebnostnih težav, potem odprava enega simptoma prinese samo vznik novega. Po Millonu (1996) obravnava izoliranih simptomov, brez upoštevanja osebnosti, pomeni nevtralizacijo simptomov, ne da bi pri tem zdravili samo bolezen.

V razvoju oz. spreminjanju osebnosti torej ni bližnjic, učinkovita odprava motenj na osebnostnem področju, in nasploh v psihosocialnem delovanju, je mogoča le ob kompleksni in poglobljeni terapevtski obravnavi. Kaj pa je kompleksna oz. celostna psihoterapija osebnosti? V članku razmišljamo, ali je v času, ko na psihoterapevtskem področju še vedno vlada precejšnja zmeda v dokazovanju učinkovitosti množice psihoterapevtskih pristopov, mogoče med seboj

povezovati različne, na videz nasprotujoče si smeri v enotno psihoterapijo osebnosti. Zdi se, da nas prav specifične potrebe pacientov silijo v to.

Iskanje skupnih točk in možnosti integracije psihoterapevtskih pristopov

Raziskave kažejo, da lahko kar 45 odstotkov variance pri napovedi učinkovitosti psihoterapije pripišemo splošnemu faktorju terapevtskega odnosa in le manjši del (do 15 odstotkov) specifičnemu terapevtskemu pristopu (Lambert, 1992). To pomeni, da sam izbor terapevtske tehnike, ki temelji na specifični teoretski usmeritvi, nima usodnega vpliva na uspešnost terapije. Seveda bi bilo treba natančneje definirati, za katere terapevtske cilje ta splošna ugotovitev velja. Kljub temu pa nas takšni rezultati usmerjajo v razmišljanje, ne o tem, kateri psihoterapevtski pristop je učinkovitejši, ampak kateri so tisti dejavniki ali dogodki v terapiji, ki pospešujejo terapevtski proces. Tako se je delovna skupina pri Ameriški zvezi psihologov – APA divisions 12 in 29 (Task force on evidence-based therapy relationships; Norcross, 2011) – usmerila v raziskovanje značilnosti psihoterapevtskega odnosa, ki je učinkovit pri zdravljenju psihičnih motenj. Potrdili so naslednje elemente odnosa, ki prispevajo k učinkovitosti psihoterapije: terapevtska zveza v individualni in družinski terapiji, kohezivnost v skupinski terapiji, empatija in povratna sporočila pacienta. Dejavniki, ki so po vsej verjetnosti tudi pomembni, so še: sodelovanje, skupno dogovorjeni cilji, pozitiven odnos, kongruentnost (pristnost), odpravljanje ovir v terapevtski zvezi, obvladovanje kontratransferja, pričakovanja in slog navezanosti (Norcross, 2011). Skupina zaključuje, da terapevtski odnos bistveno prispeva k učinkovitosti psihoterapije, ne glede na uporabljen tip terapije (pri tem so bile zajeti vsi glavni psihoterapevtski pristopi v ZDA). Poleg tega skupina ugotavlja, da prilagoditev terapevtskega odnosa značilnostim pacienta (oz. njegovim težavam) povečuje učinkovitost obravnave. V ospredju psihoterapije je potem vprašanje, kako prilagoditi terapijo konkretnemu posamezniku, ne pa kako prilagoditi pacienta rigidnim pravilom, ki jih zagovarjajo nekateri tradicionalni terapevtski pristopi (npr. togo vztrajanje na abstinenci in nevtralnosti v klasični psihoanalizi).

Na pomembnost prilagoditve psihoterapevtskih ukrepov konkretnemu pacientu kaže tudi pregled raziskav, ki ga je opravil Lambert (2005). V tem pregledu ugotavlja, da največji vpliv na učinkovitost psihoterapije nimata niti terapevtska zveza niti specifična terapevtska tehnika, ampak predvsem klient oz. pacient sam, torej t. i. »zunanji faktor«. Kar 40-odstotni delež variance lahko pripišemo dejavnikom, kot so vrsta in resnost pacientovega problema, pripravljenost pacienta na (terapevtsko) spremembo, zunanje okoliščine, ki se spreminjajo skozi terapijo (npr. pacient dobi novo službo ali doživi prometno nezgodo), in stopnja socialne podpore, ki jo pacient uživa v svojem okolju. Tudi Lambert priznava, da so same terapevtske tehnike in teorija manj pomembni od terapevta in njegovega terapevtskega dela. Po njegovem mnenju imajo poleg pacienta samega ostali faktorji vpliv na izid terapije v naslednjem vrstnem redu: psihoterapevtski dejavniki (30 %), pričakovanja pacienta – učinek placeba (15 %) in specifična terapevtska tehnika (15 %). Wampold (2001; po Beitmanu in Manringu, 2009) pa meni, da terapevt uteleša prakso terapevtskega dela in je pomembnejši dejavnik učinkovitosti terapije od tehnik, ki jih izvaja. Seveda je v praksi težko ločiti terapevtove izkušnje, znanje in tehnike, ki jih izvaja. Ne nazadnje lahko izkušen in učinkovit terapevt pomembno vpliva tudi na prej omenjene pacientove dejavnike, za katere se na prvi pogled zdi, da so neodvisni od terapije, npr. pripravljenost pacienta za psihoterapijo, socialno mrežo in celo »zunanje okoliščine«. Terapevt lahko uspešno krepí pacientovo motivacijo za psihoterapijo, vpliva na pacientovo povezovanje s socialno okolico in posredno omogoča tudi »neodvisne« dogodke, kot so npr. uspehi v službi. To so ne nazadnje lahko tudi pokazatelji uspešnosti terapije.

Tovrstna empirična spoznanja na eni strani in praktične izkušnje pri delu s pacienti s kompleksnimi problemi na drugi strani mnoge avtorje usmerjajo k ideji o integraciji psihoterapevtskih pristopov. Študije o izkušenih psihoterapevtih različnih terapevtskih usmeritev npr. ugotavljajo, da se z leti njihovo praktično delo vse bolj zbližuje, da si sčasoma pri delu postajajo vse bolj podobni, ne glede na različna teoretska izhodišča (Bandler in Grinder, 1975; Blagys in Hilsenroth 2000, 2002; vse po Beitmanu in Manringu, 2009). Toda, kako povezati različne terapevtske pristope in šole, ki se pogosto krčevito borijo za svojo »identiteto« in poudarjajo svoje posebnosti? Beitman in Manring (2009) navajata štiri možne oblike integracije:

- sistematični eklekticizem pomeni, da iz vsake psihoterapevtske usmeritve izluščimo tisto, »kar deluje«, in tako sestavimo univerzalni terapevtski pristop, ki je prilagojen konkretnemu pacientu. Stone (1993) npr. meni, da je pri psihoterapiji motenj na osebnostnem področju učinkovit eklektični pristop, pri čemer so podporne tehnike koristne za krepitev terapevtske zveze, psihoanalitične intervencije so npr. uporabne pri razreševanju negativnega transfera, kognitivne in vedenjske tehnike pa pri razvoju in utrjevanju novih navad in vedenj;
- teoretična integracija; pri tem gre za poskus integracije terapevtskih šol na ravni teorije, iz katere izhajajo. Ko govorimo o terapiji osebnosti, je potrebno razumeti posameznika z različnih vidikov, ki se jim posvečajo posamezne psihoterapevtske šole (npr. z vedenjskega, kognitivnega, medosebnega ali motivacijskega), a hkrati k njemu pristopati kot k celostnemu individuumu (Benedik, 2011);
- asimilativna integracija; pri tej usmeritvi neko terapevtsko smer vzamemo kot osnovo, ostale usmeritve pa skušamo prilagoditi temu modelu;
- skupni dejavniki; k integraciji lahko pristopimo tudi na način, da iščemo pomembne skupne točke med različnimi usmeritvami. Vse terapevtske šole se npr. ukvarjajo s čustvenimi in medosebnimi težavami. Že prej smo omenili, da ko govorimo o psihoterapiji osebnosti, vse psihoterapevtske usmeritve poudarjajo pomen (terapevtskega) odnosa.

V praksi je pacient, ne pa tehnike in terapevtske usmeritve, odločujoči faktor psihoterapevtske integracije. Individualnim posebnostim pacienta je treba prilagoditi terapevtsko teorijo, metode in postopke, gre za t. i. prilagojeno idiografsko integrativno psihoterapijo (Gold, 2005), ki ima empirično preverjene, sinergistične učinke. Učinkovita psihoterapija obravnava pacienta kot celoto, vključuje vso njegovo strukturo in dinamiko, ne pa samo površino, tj. simptome, ki so glavni cilj obravnave v nekaterih psihoterapevtskih pristopih (npr. vedenjsko-kognitivnih).

Psihoterapija mejne osebnosti

Morda lahko prav na primeru psihoterapije pacientov z mejno osebnostno motnjo predstavimo možne oblike celostne obravnave. Značilnosti mejne motnje osebnosti so namreč trajna nestabilnost v medosebnih odnosih, samopodobi in čustvovanju ter izrazita impulzivnost (APA, 2013), pestre težave na različnih življenjskih področjih, ki so izraz zmedene identitete in separacijske tesnobe (Kernberg, 1975). Težave, s katerimi se pri delu s temi pacienti srečujemo v praksi, silijo terapevte k opustitvi klasičnih psihoterapevtskih metod in prilagajanju oz. kombiniranju psihoterapevtskih pristopov. Pravzaprav marsikateri izmed novejših psihoterapevtskih pristopov že predstavlja integracijo in poskus obravnave pacienta kot kompleksni sistem (npr. razvojno-analitična psihoterapija, vedenjsko-kognitivna terapija, kognitivno-analitična terapija, dialektično-vedenjska terapija, terapija, usmerjena na sheme in različne oblike integrativnih psi-

hoterapij).

Problemi, ki jih srečujemo v psihoterapiji mejne osebnosti, so obsežni in pestri. Zaradi šibke osebnostne strukture, zmedene identitete, nezrelih obramb, konfliktnih medosebnih odnosov, ki jih vzpostavljajo in vzdržujejo (Kernberg, 1984), ter nehomogene in spremenljive simptomatike (ki lahko zajema izrazito čustveno nestabilnost, anksiozna in depresivna občutja, avto- in heteroagresivne reakcije, zlorabo psihoaktivnih snovi pa tudi kratkotrajna psihotična doživljanja, kot so npr. paranoidne reakcije, depersonalizacija, derealizacija ipd.) klasični terapevtski pristopi (kot je npr. ortodoksna psihoanaliza) za njih niso primerni. To so pacienti, ki pogosto zaidejo v konflikte s svojimi terapevti, rezultat je največkrat prekinitev terapije. To so tudi pacienti, ki so zelo pogosto obiskovalci psihiatričnih in psihoterapevtskih obravnav. Po Widigerju in Francesu (1989; po Gundersonu in Linksu, 2007) pacienti z mejno osebnostno motnjo predstavljajo 23 odstotkov vseh sprejemov v psihiatrične ustanove.

Prevelika psihična odsotnost (ali intruzivna prisotnost) terapevta lahko pri takšnih pacientih izzove tesnobo, ki se lahko okrepi vse do psihotične epizode. Po Joganu (2004) mora biti terapevt s takšnim pacientom veliko bolj kot pri osebnostno zrelejših pacientih avtentičen, empatičen, konstanten in aktiven, mu nuditi stik z realnostjo in možnost novih identifikacij, ki jih potrebuje za izgradnjo krhkega psihičnega aparata. Zaradi izrazitih nihanj v socialnih odnosih pa je treba skozi terapevtski proces ustvariti jasne in konstantne meje, ki jih mejni pacient nima. Temu namenu služi tudi jasen terapevtski dogovor o poteku terapije, ki bo omilil pacientov strah pred zapustitvijo – kar je osrednji razvojno-dinamični problem mejnega pacienta. Millon (1996) npr. poudarja, da je potrebno pacientu predstaviti, da gre v terapiji za skupne odločitve, tudi glede vprašanja zaključka obravnave. Mejna osebnostna motnja je pogosto povezana z izkušnjami spolne, fizične in/ali psihične zlorabe, zato sta pogoj za napredek v terapiji sprejemanje in predelava teh travm ter povezava z aktualnimi čustvenimi težavami. Ti pacienti za doseg svojih ciljev pogosto potrebujejo dolgotrajno terapevtsko obravnavo. Raziskava Hoka je npr. pokazala, da so tisti pacienti, ki so ostali v psihoterapevtski obravnavi vsaj dve leti, dosegli večji napredek kot tisti s krajšo obravnavo (Hoke, 1989; po Gundersonu in Linksu, 2007). Pri tem je zavirajoč faktor tudi sadističen in kaznujoč nadjaz, če se izrazimo v psihoanalitičnem jeziku, zaradi česar je uspeh za mejnega pacienta nesprejemljiv, po drugi strani pa tudi neuspeh boleče doživlja, saj sproža strah pred nesprejemanjem in zapustitvijo (Benjamin, 1996). Njegov sistem selfa je močno pod vplivom aktualnega socialnega konteksta, kar sproža izrazita nihanja v doživljanju sebe: od povečevanja do razvrednotenja. Zato potrebuje stabilnega in zanesljivega terapevta, ki nudi čustveno podporo, ko jo pacient potrebuje. Po Gundersonu in Linksu (2007) mejni pacient v terapiji potrebuje jasno strukturo in terapevta, ki je v svojih intervencijah iniciativen, aktiven, ekspliciten in jasen. Prvi pogoj za začetek terapije je zagotoviti varnost pacientu, tj. zaščititi ga pred možnim samomorilnim ali samopoškodbenim vedenjem, ki je zelo pogosto prav pri mejnih pacientih. Prav tako je treba pozornost posvetiti možnim zlorabam ali zasvojenostim od psihoaktivnih snovi, saj se s temi težavami mejni pacienti zelo pogosto srečujejo. V tem primeru je vzpostavitev abstinence prvi terapevtski cilj.

Pri psihoterapevtski obravnavi mejne osebnosti srečujemo različne pristope in tehnike. Ogrodje teh obravnav predstavlja individualna psihoterapija, ki v zadnjem obdobju združuje psihoanalitične, kognitivne in podporne pristope (Gunderson in Links, 2007). Psihoanalitično orientirani terapevti so vložili veliko naporov v razvoj učinkovite psihoterapije za nenevrotično strukturirane paciente, kljub temu da je klasična psihoanaliza s svojimi specifičnimi pravili (nestrukturiranost, abstinenca in pasivnost terapevta) kontraindicirana za obravnavo teh pacientov. Novejše psihoanalitične šole pa poskušajo te pomanjkljivosti odpraviti in prilagoditi svoje tera-

pevtske tehnike ravni delovanja teh pacientov, njihovim zmožnostim in specifičnim problemom. Vendar se pojavljajo tudi razlike v njihovem delu. Kljub temu, da večina psihoanalitičnih psihoterapevtov poudarja pomen čustvene podpore in ustvarjanja varnega terapevtskega okolja, ki omogoča korektivno izkušnjo, se razlikujejo v vprašanju, čemu dati prednost: podpori pozitivnih izkušenj ali obravnavi pacientove agresije. Znana je polemika med Kernbergom in Kohutom, pri čemer je prvi poudarjal soočenje, interpretacijo, postavljanje mej in analizo negativnega transferja, medtem ko je drugi pri mejnih pacientih krepil predvsem zaupanje, pozitivni transfer in empatično uglasovanje ter se izogibal soočenjem, dokler se ne učvrsti terapevtski odnos. Tudi Searles (1986; po Joganu, 2004) se strinja, da bi moral psihoterapevt najprej preko empatije omogočiti pacientu izkušnjo simbioze (ki je ni nikoli ustrezno doživel), šele kasneje pa podpreti pot separacije in individualizacije, ki vodi k razvoju jasne in trdne identitete. Vendar pa, kot opozarja Kernberg (1975), eno brez drugega ne gre, brez koristnih frustracij sama empatija ne bo prinesla napredka v terapiji, potrebno je podpirati tudi razvoj ego funkcij.

Učinkovitost dolgotrajnih psihoanalitičnih psihoterapij mejnih pacientov potrjujejo nekatere sicer pomanjkljivo nadzorovane raziskave (glej npr. Menningerjev psihoterapevtski raziskovalni projekt, Kernberg in dr., 1972; Wallerstein, 1986, Stevenson in Meares, 1992; Waldinger in Gunderson, 1987 – vse po Gunderson in Links, 2007). V zadnjem obdobju pa sta dobili bolj zanesljivo empirično potrditev dve psihoterapevtski modaliteti, ki sicer izhajata iz psihoanalitične paradigme: Kernbergova »na transfer usmerjena psihoterapija« (Clarkin, Yeomans in Kernberg, 1999) in Fonagyjeva »psihoterapija, temelječa na mentalizaciji« (Bateman in Fonagy, 2004). Prva se posebej osredotoča na motena doživljanja mejnih pacientov v medosebnih (terapevtskih) odnosih in njihove povezave s preteklimi (travmatskimi) izkušnjami, druga pa se posveča krepitvi sposobnosti mentalizacije, kar je prav tako šibka točka mejne osebnosti. Ti pacienti so po Fonagyju prikrajšani v razvoju sposobnosti identifikacije občutij, zavedanja, kakšen učinek imajo na druge ljudi, uvida v ozadje vedenja (svojega in od drugih) in motivacije, ki je za dejanji. Vse to je posledica prevlade nezrelih obrambno varovalnih mehanizmov (npr. razcepa), ki predstavljajo zaščito pred travmatskimi doživljanji. Mentalizacijska psihoterapija je usmerjena na »tukaj in sedaj« intervencije, poimenovanja čustvenih stanj ter krepitev ozaveščanja povezav med aktivnostmi subjekta in njegovimi nameni. Rezultati raziskav kažejo, da so pacienti po tej terapiji bolj socialno učinkoviti, izražajo manj samopoškodbenega vedenja in so manj depresivni (Bateman in Fonagy, 2004). Po raziskavah Clarkina in Levyja s sodelavci (2007; 2006, po Leichsenringu, 2009) pa je na transferju temelječa psihoterapija učinkovita pri izboljšanju kapacitete za navezanost, mentalizacijo in koherentnost. Obe psihoterapevtski obliki se ponašata z manjšim predčasnim izpadom pacientov, kot pa je to običajno v individualnih psihoterapijah (Gunderson in Links, 2007). Ciljata na strukturalne spremembe, ne samo na ublažitev simptomov. Po meta raziskavi Leichsenringa in Leibinga (2003; po Leichsenringu, 2009) je psihoanalitična psihoterapija učinkovita pri spreminjanju, ne samo simptomov, ampak tudi osebnostne patologije. To velja na splošno za paciente z motnjami osebnosti, še posebej pa za paciente z mejno osebnostjo.

Po medosebni teoriji in psihoterapiji Benjaminove pa pacient z mejno osebnostjo doseže napredek, ko se uspe distancirati od »ponotranjenega zlorabljaljočega objekta«, na katerega je navezan, in ga uspe nadomestiti z bolj zdravim (Benjamin, 1996). Pri tem terapevt služi kot pomočnik pri iskanju ustrežnejših vzorcev. S kognitivnimi tehnikami lahko poskušamo ublažiti izrazito črno-belo, dihotomno doživljanje sebe in socialne okolice, ki je značilno za mejne paciente. Na ta način lahko preokvirimo njihovo realnost ter s tem zmanjšamo anksioznost in omogočimo boljši nadzor nad čustvenimi impulzi. Po Becku, predstavniku kognitivne terapije, se temeljna disfunkcionalna prepričanja, ki jih imajo mejne osebnosti, nanašajo na doživljanje sveta kot nevarnega in slabega, medtem ko sebe doživljajo nemočne, ranljive in nesprejemljive (Beck in Freeman,

1990). Zato priporoča, da so začetne terapevtove intervencije, ko še ni vzpostavljeno zaupanje, usmerjene na konkretne, vedenjske probleme, ki ne zahtevajo ogrožajočega čustvenega izpostavljanja in razkrivanja pacienta. Most med kognitivnimi in psihoanalitičnimi psihoterapijami pacientov z motnjami osebnosti predstavlja Youngova terapija shem (Young, 2003).

Po Stonu (1990) je pri delu s takšnimi osebnostmi zelo pogosto treba vključiti elemente podporne terapije, saj je bila uporaba izključno izraznih (psihoanalitičnih) tehnik učinkovita le pri manjšini pacientov, ki so bili vključeni v njegovo študijo. V klinični praksi je večina mejnih pacientov pravzaprav vključena v podporno obliko psihoterapije, v kateri je primarni fokus na realnih težavah vsakodnevnega življenja, prilagoditvi aktualnim življenjskim okoliščinam in zaščiti pred samodestruktivnim vedenjem. Pogosto se njihove težave izrazito zmanjšajo, ko se uspešno prilagodijo oz. razrešijo aktualno krizno stanje. Nekatere raziskave celo kažejo, da je podporna terapija pri mejnih pacientih prav tako učinkovita kot bolj interpretativna oblika psihoterapije (Wallerstein, 1986; po Gundersonu in Linksu, 2007). A tudi takšna podporna oblika terapije je pogosto dolgotrajna oz. se izvaja »po potrebi«.

S pomočjo družinske terapije lahko učinkovito identificiramo in spreminjamo dva tipična vzorca, ki se pojavljata v družinah mejnih osebnosti: pretirana čustvena vpletenost, ki se kaže npr. v pretiranem zaščitništvu, in čustveno zanemarjanje oz. zlorabljanje. V obeh primerih gre za patološko navezanost, rezultat katere so odvisnostno vedenje, zanikanja, idealizacije, jeza, občutja krivde, sram ipd. Terapevtsko delo z družino spodbuja separacijo in individualizacijo pacientov, ki je sicer ne bi mogli izpeljati.

Tudi skupinska psihoterapija je koristna za večino mejnih pacientov, navkljub njihovim začetnim odporom pred vključitvijo vanjo in težavam, ki zmanjšujejo možnost, da bi v njih tudi ostali (Gunderson in Links, 2007). V skupini (in sočasni individualni psihoterapiji) se njihov transferni razcep na dober in slab objekt lahko izrazi, ne da bi bili prisiljeni zapustiti terapijo. Poleg tega so soočanja sopicientov z neprilagojenimi vzorci vedenja za njih manj ogrožajoči kot soočanja s strani terapevtov, saj svojih kolegov ne doživljajo tako nadzorujoče. Skupinska terapija omogoča razdelitev intenzivnega transfera, ki ga sicer v individualni terapiji pacient usmerja le na terapevta, tudi na ostale, potencialno manj ogrožajoče člane skupine, in s tem omilitev. Skupina nudi tudi podporo in možnost identifikacije z ustrežnejšimi modeli reševanja konfliktov. Predstavlja učinkovito polje tudi za identificiranje odvisnostnih potreb in manipulativnega vedenja. Mejni pacient bo lažje prepoznal neprilagojene vzorce vedenja pri drugih osebah kot pri sebi, kar je spet prednost skupinskega dela. Skupina tako lahko omogoči razvoj bolj prilagojenega in učinkovitega socialnega vedenja in kakovostnejših medosebnih odnosov. Učinkovitost skupinske psihoterapije mejnih osebnosti potrjujejo tudi novejša raziskave (Gunderson in Links, 2007).

Zaradi kompleksne problematike mejne osebnosti priporoča Stone pragmatičen in celosten pristop k zdravljenju, t. i. ABCD-metodo (Analytically-informed therapy, Behavioral therapy, Cognitive therapy, Drug therapy; Stone, 1993), ki predstavlja kombinacijo psihoanalitične, vedenjske, kognitivne in medikamentozne terapije. Takšna obravnava predvideva timski pristop, sodelovanje različnih terapevtov, pri čemer lahko vsak s svojega vidika prispeva k razreševanju težav. Timski pristop omogoča tudi ublažitev močnih kontratransfernih odzivov, ki se pogosto pojavljajo pri delu s temi pacienti. Indikacija za pacienta z mejnimi značilnostmi so tako kombinirane individualne in skupinske terapije, ob občasni podpori medikamentozne terapije, najpogosteje antidepresivov. Uporaba multiplih terapevtskih modelitov ob hkratni prilagoditvi terapevtskih postopkov specifičnim pacientovim težavam se je izkazala tudi kot najbolj učinkovita (Gunderson in Links, 2007).

Eden izmed terapevtskih pristopov, ki se je prav tako izkazal kot učinkovit pri delu z mejnimi osebnostmi, je dialektično vedenjska terapija psihologinje Marshe M. Linehan (Linehan, 1993a; 1993b), ki predstavlja kombinacijo vedenjsko-kognitivne in medosebne usmeritve. Linehan izhaja iz bio-socialne teorije mejne motnje osebnosti. Ta poudarja čustveno ranljivost teh pacientov, ki je posledica njihovega izrazito senzitivnega avtonomnega živčnega sistema, ki se v stresnih situacijah pretirano odziva in se le s težavo vrne v prvotno stanje. Posledica tega je impulzivno čustvovanje in vedenje, ki ga pacient z mejnimi značilnostmi ni zmožen obvladovati. Tako hitro zaide v konflikte s svojo okolico, še posebej, če ta ni uglašena na njegove potrebe. Terapevtova naloga je tako z različnimi vedenjskimi in kognitivnimi tehnikami omogočiti pacientu, da spremeni in prilagodi svoje čustvene, miselne in vedenjske vzorce v smeri večje učinkovitosti pri zadovoljevanju psiholoških potreb. Pri spreminjanju neustreznih vedenjskih vzorcev uporablja tehnike, kot so pozitivna podkrepitev ustreznih vidikov sebe in načinov obvladovanja, identifikacija in spreminjanje neustreznih misli, prepričan o sebi in svetu, učenje skozi igranje vlog itd. Skozi »dialektični« dialog s terapevtom se pacient sooča s svojimi nasprotujočimi doživljanji sveta in sebe ter jih poskuša prilagoditi realnosti. Terapevt skuša pri tem okrepiti odgovornost in avtonomijo pacienta. Osnovne komponente dialektično vedenjske terapije so:

- a) čuječnost, meditativna tehnika, s pomočjo katere pacient lažje sprejme in obvladuje čustva;
- b) tehnike medosebne učinkovitosti (npr. trening asertivnosti in reševanja problemov);
- c) tehnike obvladovanje stresa in;
- d) učenje moduliranja emocij.

Poleg sprejemanja, čustvene podpore pacientu, učenja socialnih spretnosti, učenja spoprijemanja s stresom in konflikti poudarja Linehan tudi potrebo po terapevtovem samorazkrivanju (ki vključuje tudi njegove poglede na življenje). To pacientu nudi pomembne povratne informacije, ki mu omogočajo spreminjanje svojih kognitivno-afektivnih vzorcev v smeri bolj prilagojenega vedenja in odnosov z drugimi. Seveda mora biti to terapevtovo samorazkrivanje nadzorovano, ustrezno aktualni terapevtski situaciji. Služiti mora pacientu in njegovemu napredku v terapiji, ne pa zadovoljevanju terapevtovih nezavednih, regresivnih potreb. Glede na težave pri vzpostavitvi terapevtske delovne zveze in akutnih težav, ki jih zelo pogosto prinašajo pacienti z mejnimi značilnostmi osebnosti v terapijo, je potrebno prilagajati cilje terapije. Linehan predlaga hierarhično organiziran načrt terapevtskih ciljev, pri čemer so v ospredju tisti cilji, ki zagotavljajo osnovno varnost pacientu (npr. prevenција suicida in samopoškodbenega vedenja). Med osnovne cilje spadajo tudi krepitev terapevtske zveze, obravnava problemov, povezanih z zlorabo ali odvisnostjo od drog, in reševanje akutnih težav v zasebnem in profesionalnem življenju. Sekundarni terapevtski cilji so reševanje vsakodnevnih življenjskih težav, povezanih z medosebnimi odnosi in delom. Kasneje stopijo v ospredje bolj subtilni cilji, ki so povezani z osebnostnimi značilnostmi pacienta, njegovimi življenjskimi načrti in ambicijami. Glede na naravo težav in delovanja mejne osebnosti je pričakovati, da bo vsaj pri hospitaliziranih pacientih težišče terapevtovega dela na primarnih ciljih. Rezultati raziskav res potrjujejo, da ta oblika psihoterapije vpliva na zmanjšanje parasuicidalnega vedenja in krajše hospitalizacije (Gunderson in Links, 2007), ni pa še podatkov o učinkovitosti te terapije za doseganje dolgoročnejših ciljev, tj. osebnostnih sprememb.

Delo z mejnimi osebnostmi predstavlja posebno preizkušnjo za terapevta, saj se je potrebno spoprijeti z bolj ali manj odkrito agresijo, ki jo takšen pacient usmerja proti sebi in terapevtu. Medosebni odnosi mejnih osebnosti so izrazito nestabilni, konfliktni in čustveno obremenjujoči, kar se odraža tudi v terapiji. V terapevtskem odnosu bo takšen pacient podoživljal patološke

odnose iz svojih travmatskih izkušenj s primarnimi objekti. Po Joganu (2004) gre predvsem za patološke vidike primarnih objektov dveh skrajnih položajev: izkušnjo patološke odsotnosti in pretirane, intruzivne prisotnosti (psihične oz. čustvene), kar vzbuja boleča občutja zmedenosti. V prvem primeru bo pacient v terapevtskem odnosu razvil občutja oddaljenosti, čustvene hladnosti, občutja eksistencialne praznine in pomanjkanje življenjske energije. V primeru izkušnje pretirane prisotnosti (vsiljivosti) pa bo pacient v transferju do terapevta slednjega doživljal kot motečega, zoprnega, vsiljivega, preveč kritičnega, zahtevnega in dušečega. Zato terapevtove interpretacije v takšnem primeru ne bodo imele pravega učinka. Pacienta bo, podobno kot pri shizoidni osebnosti, strašila prevelika bližina kakor tudi prevelika oddaljenost terapevta. Prvo bo doživljal kot nevarno in pogubno simbiotično stapljanje, ki lahko popolnoma izniči njegov self, drugo pa kot panično situacijo osamljenosti in zapuščenosti. Po Joganu (2004) pacientova subtilna, zafrkljiva agresivnost, ki se odraža v transferju, običajno kaže na bojazen pred simbiotičnim stapljanjem, medtem ko je bolj odkrita agresivnost odgovor na bojazen pred izgubo terapevta. V obeh primerih na terapevta projicira močna agresivna občutja, kar pogosto privede do prekinitve terapije. Po Wongu (1988; po Stonu, 1993) je pri delu z mejnimi pacienti kar 40-odstotni osip, večinoma zato, ker pacienti predčasno zaključijo z obravnavo. To kaže na velike težave pri vzpostavitvi trdne terapevtske zveze s takšnim pacientom.

Posebno težavo predstavlja tudi nezmožnost mejnega pacienta, da se skozi daljše obdobje osredotoči na reševanje enega (osrednjega) problema. V času psihoterapije takšen pacient prepogosto prinaša vedno nove in nove (aktualne) težave, ki ga vznemirjajo. Terapevt se mora odločiti, ali bo pozornost posvetil aktualnemu dogajanju ali bo sledil dolgoročnim ciljem. V prvem primeru je prisotna nevarnost, da takšna terapija ne bo več sistematična in procesna, če pa se terapevt preveč togo drži zastavljenih ciljev, se lahko pacient hitro počuti nerazumljenega in nesprejetega. Zato je pomembno, da je terapevt dovolj senzitiven in prilagodljiv na aktualna dogajanja ter hkrati ohranja konstantnost v odnosu.

Zaradi močnih in hitro spremenljivih pozitivnih ali negativnih reakcij mejnega pacienta na terapevta to pri njem pogosto sproža močne čustvene odzive. Terapevt se mora soočiti z izrazitimi idealizacijami in erotizacijami kot tudi hitrimi razvrednotenji, ki jih spremljajo agresivni izbruhi, vključno s samopoškodbenimi in samomorilnimi težnjami. Mejni pacient skuša agresivno posegati preko terapevtovih profesionalnih meja v njegovo zasebnost, npr. ga skuša zapeljati, sprašuje o njegovem zasebnem življenju, vabi na srečanje izven okvira seans, kliče po telefonu domov, skuša vplesti v zasebne odnose, po drugi strani pa ga lahko obtožuje, da ne skrbi dovolj zanj, da mu je vseeno, da se ga želi znebiti ipd. Od terapevta pričakuje popolno predanost, vabi ga v zasebni, intimni odnos, ki pomeni kršitev profesionalnih in etičnih pravil. Če terapevt sledi tem pacientovim regresivnim potrebam, to pomeni ponovitev travmatskih izkušenj zlorabe, če pa se začne umikati ali zavračati pacienta, pa v slednjem sproži travmatska separacijska občutja. V obeh primerih je rezultat enak: občutja nerazumevanja, zavrženosti in samouničevalne težnje, ki so osrednji problem mejnega pacienta. Ta položaj Benjaminova imenuje »intrapsihični Kavelj 22« (Intrapsychic Catch-22; Benjamin, 1996) in lahko v terapevtu sproža različna občutja, kot so jeza, strah ali nemoč. Neredko se zgodi, da je za terapevta delo s takšnim pacientom celo prenaporno, zato je pomembno, da sam to pravočasno zazna in usmeri pacienta v ustreznjšo oz. dodatno obravnavo. Omenili smo že prednosti timskega pristopa in kombinirane psihoterapije. Za paciente s težje izraženo mejno patologijo so pogosto učinkoviti dnevni centri in komunski tip obravnave, programi, ki so osredotočeni na izboljšanje konkretnega, vsakodnevnega delovanja in socialne učinkovitosti. Pri tem je pomembno doseči dober, sodelovalen in enakopraven odnos s pacienti, kar tudi pomeni, da prevzamejo nase del odgovornosti za potek svojega zdravljenja.

Zaključek

Kompleksna psihopatologija sodobnega časa sili psihoterapevte po eni strani v širjenje znanj in praks, ki so izven meja njihovih »izbranih« terapevtskih šol, po drugi pa v povezovanje s strokovnjaki sorodnih usmeritev. Kljub razdvojenosti terapevtskih pristopov na področju zdravljenja in odpravljanja psihičnih motenj tako počasi nastaja enotna psihoterapevtska doktrina. Raziskave o učinkovitosti posameznih terapevtskih fenomenov lahko pomembno pripomorejo h kreiranju enotne psihoterapije. Če se bo to res zgodilo, bo to pomemben mejnik v razvoju mlade psihoterapevtske znanosti in prakse.

Literatura

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association – APA Division 12. Empirically supported treatments. [Http://www.div12.org/empirically-supported-treatments](http://www.div12.org/empirically-supported-treatments) (14. 5. 2014).
- Bateman, A. W. in Fonagy, P. (2004). Mentalization based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, str. 36–52.
- Beitman, B. D. in Manring, J. (2009). Theory and practice of psychotherapy integration. V O. G. Gabbard, (ur.), *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*. Arlington: American Psychiatric Publishing (chapter 26).
- Beck, A. T. in Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Benedik, E. (2011). *Osebnost med zdravjem in boleznijo*. Lesce: samozaložba.
- Benedik, E. (2014). *Osebnost med zdravjem in boleznijo. Psihološko razumevanje, ocenjevanje in zdravljenje motenj osebnosti*. Druga, dopolnjena izdaja (neobjavljeno).
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. in Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley.
- Gunderson, J. G. in Links, P. S. (2007). *Borderline personality disorder*. V G. O. Gabbard (ur.), *Gabbard's treatments of psychiatric disorders*, 4th edition (805–821). Arlington: APA.
- Jogan, E. (2004). Pregled glavnih teoretičnih in terapevtskih psihoanalitičnih pristopov do borderline osebnostne motnje. V M. Srpak (ur.), *Nedokončana zgodba 2. Shizoidna in borderline osebnostna motnja. Zbornik prispevkov: 4. ormoško srečanje*. Ormož: Psihiatrična bolnišnica Ormož.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: J. Aronson.
- Kernberg, O. F. (1986). Severe personality disorders. *Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. V J. C. Norcross in M. R. Goldstein (ur.), *Handbook of psychotherapy integration* (str. 94–129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2005). Enhancing psychotherapy outcome through feedback. *Journal of Clinical Psychology*, 61, str. 165–174.

Leichsenring, F. (2009). Applications of psychodynamic psychotherapy to specific disorders: Efficacy and indications. V O. G. Gabbard, (ur.), *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*. Arlington: American Psychiatric Publishing (chapter 4).

Linehan, M. M. (1993b). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Millon, T. (1986). A theoretical derivation of pathological personalities. V T. Millon in G. L. Klerman (ur.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*. New York: Guilford.

Millon, T. in Davis, R. D. (1996). Disorders of personality. DSM-IV and beyond. USA: Wiley.

Millon, T., Grossman, S. Millon, C. Meagher S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life*. 2nd edition. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd edition). New York: Oxford University Press.

Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients*. New York: Guilford Press.

Stone, M. H. (1993). *Abnormalities of personality. Within and beyond the realm of treatment*. New York: Norton & Co.

Tyrer, P., Seivewright, N., Ferguson, B., Murphy, S. in Johnson, A. L. (1993). The Nottingham study of neurotic disorder. Effect of personality status on response to drug treatment, cognitive therapy and self-help over two years. *British Journal of Psychiatry*, 162, str. 219–226.

Young, J. E., Klosko, J. S. in Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

Članek je pozvet po knjigi Benedik, E. (2014). *Osebnost med zdravjem in boleznijo. Psihološko razumevanje, ocenjevanje in zdravljenje motenj osebnosti*. Druga dopolnjena izdaja (neobjavljeno).
