

A személyiségzavarok pszichodinamikus szemlélete és pszichoterápiája

Tényi Tamás

A pszichodinamikus pszichoterápiák a pszichoanalízisben gyökereznek és a középpontba az egymással ellentétes intrapszichés komponensek – vágyak, impulzusok, érzelmek, félelmek – valamint a külvilág összjátékát állítják, amely konfliktusban látják a pszichés szenvedés és a tüneti viselkedés gyökereit. A hagyományos pszichoanalitikus megközelítés a pszichés funkcionálás tudattalan jellegére helyezte a hangsúlyt (Freud, 1923/1961), s a pszichológiai fejlődésben a konstitucionális biológiai predispozíciók és a környezeti hatások interakcióját hangsúlyozta. A mélylélektan fejlődésével a fókusz egyre inkább a karakterpatológiára helyeződött át (Gabbard,2005). Legújabb fejleményként tekinthető a bizonyítékokon-alapuló módszerek elterjedése és kutatása (Bateman, Fonagy,2012, Clarkin és mtsai,2006), s a gazdagodó párbeszéd a bizonyítékokon-alapuló modellek és a klinikai analitikus gyakorlat között (Yeomans és mtsai,2014). Shedler (2010) a pszichodinamikus pszichoterápiák legfontosabb jellemzőiként az alábbiakat adja meg : (1) a hangsúly a tudattalan mentális jelenségekre (vágyak, fantáziák) helyeződik, (2) nagy szerepet kapnak a múlt történései, amelyek meghatározzák a páciens jelenét, (3) jelentős szerepe van az affektusokkal és az érzelmek megjelenési formáival történő foglalkozásnak, (4) a kellemetlen érzések és gondolatok elhárítására irányuló küzdelemnek, (5) a visszatérő témák és mintázatok azonosításának, (6) az interperszonális kapcsolatoknak, (7) a terápiás kapcsolatnak, (8) a fantáziavilág feltárásának, (9) s a tüneti javuláson túl a személyiség lényegi változására irányuló célnak. A pszichodinamikus pszichoterápiák négy alapelvét (1) az interpretáció, (2) az áttétel elemzése, (3) a technikai neutralitás, (4) s a viszontáttétel tudatos használata képezi

(Yeomans és mtsai,2014). A pszichodinamikus pszichoterápiák Kernberg (idézi Yeomans és mtsai,2014) szerint úgy kategorizálhatók, hogy a négy alapelv milyen mértékben kerül előtérbe, illetve mennyiben szorul háttérbe (így az interpretáció és az áttétel elemzése a tárgykapcsolati iskolák jellemzője, míg a technikai neutralitás háttérbe szorulása s a viszontáttétel intenzív használata a szelf-pszichológiai és interszubjektív-relacionista iskolákat jellemzi). Mások aszerint csoportosítják a pszichodinamikus pszichoterápiákat, hogy mennyiben a verbális kommunikáció és az értelmezés képezi a kezelés motorját, illetve másik pólusként, mennyiben inkább az érzések, tapasztalatok „tartalmazása”(containment) és a reflektált kapcsolat képezi a centrumot (Winnicott,1965, Gabbard és Westen,2003). A pszichodinamikus pszichoterápia módzatait jelentős mértékben befolyásolja az a pszichopatológia, amely kezelésére az adott pszichoterápiás módzat alkalmazásra kerül. A DSM-5 III. Szekciójában megjelenő dimenzionális megközelítés a korábbi kategorikus diagnosztika alternatívájának került leírásra, s ebben a megközelítésben a szelf és az interperszonális funkcionálás képezi a személyiség pszichopatológia alapját (American Psychiatric Association, 2013). Ez a megközelítés jelentősen hasonlít Kernberg személyiségzavarokat leíró strukturális modelljéhez (Kernberg,1984), amely a patológia szintje alapján határozta meg a terápiás intervenciókat és célokat (Bender és mtsai,2011). A továbbiakban a személyiség patológiájának pszichodinamikus megértésével és a legjelentősebb kezelési irányokkal foglalkozom.

Az én-pszichológiai és tárgykapcsolat-elméleti megközelítés

A strukturális modell az ösztön-én, én és felettes-én hármásának elméletével és az én-funkciók és elhárító mechanizmusok leírásával járult hozzá a karakterpatológiák megértéséhez. Míg egyes elhárítások érettnek minősíthetők és jól segítik az adaptációt (humor, szublimáció,

szuppresszió), addig a neurotikus elhárítások (elfojtás, reakcióképzés) pszichológiai tüneteket, így szorongást, kényszeres viselkedést eredményeznek. Személyiségzavarok esetében primitív elhárítások (hasítás, projektív identifikáció) észlelhetők, amelyek habituális használata maladaptívan működő személyiségstruktúrát eredményez. A tárgykapcsolat-elméletek (Fairbairn,1952, Jacobson,1964, Klein, 1946, Kernberg, 1980) az egyszemélyes pszichológia helyett a hangsúlyt a „tárgykapcsolati diádokra” (Yeomans és mtsai,2014) helyezték, amely elmélet a szelf-tárgy-affektus egységek leírásával lehetővé tette a személyiségzavarokban észlelhető szélsőséges, hasított, „jó vagy rossz” viszonyulások körülírását és értelmezését. A hasítás révén személyiségzavarok esetében a jó és pozitív Másikról alkotott képhez pozitív affektusok és biztonságban lévő szelf képe társul, míg az elhanyagolt szelf képéhez a közömbös és elhanyagoló Másik képe, valamint a harag és a félelem affektusai társulnak. Az érett reprezentációk lehetővé teszik a jó és rossz, pozitív és negatív részek integrációját, az ambivalencia tolerálását. Kernberg (idézi Yeomans és mtsai,2014) 1984-ben úgy foglalta ezt össze, hogy a szelf és tárgy reprezentációk differenciációjának és az integrációjának szintje határozza meg a személyiség szerveződés szintjét, a neurotikustól a magas-szinten funkcionáló borderline-on keresztül az alacsony-szinten működőig. A borderline organizáció három jellegzetességét az alábbiak alkotják: (1) primitív elhárítások(hasítás, projektív identifikáció) használata, (2) identitás diffúzió (inkonzisztens szelf és Másik kép, szélsőséges, egymást kizáró szemléletek), (3) alapvetően ép, de ingatag realitás-tesztelés. A borderline szerveződés jellemzi a DSM-5 paranoid, szkizoid, szkizotíp, borderline, nárcisztikus, antiszociális, hisztrionikus, és dependens személyiségzavarait, míg az elkerülő és a kényszeres zavar esetében magasabban szervezett neurotikus struktúra azonosítható (Kernberg,1996). A hasítás és a projektív identifikáció kísérletek arra, hogy az intenzív affektusoktól és impulzusoktól megszabaduljon a beteg mint az ő személyisége részeitől, így tehát a világ

elhanyagoló, ellenséges és közönyös lesz a páciens világában. A kivetített negatív érzések kaotikus és konfúzus kapcsolatokhoz vezetnek. A tárgykapcsolat-elméleti modell alapján bevezetett terápiák közül a legalaposabban az áttétel-fókuszú terápia (Clarkin és mtsai,2006, Yeomans és mtsai,2002,2014) a kidolgozott és leginkább bizonyítékokon-alapuló. Az áttétel-fókuszú terápia célja, hogy hozzásegítsük a beteget, hogy az identitás-diffúzió állapotából a koherens identitás állapotába juthasson. A terapeuta a páciens meghatározó szelf és Másik reprezentációira fókuszál, amelyek megmutatják magukat az áttétel kialakulása során, s igyekszik tudatosítani azokat a beteg számára, valamint segíteni őt az integrációban és az ambivalencia tolerálásában. A kezelő törekszik a legintenzívebb és legzavaróbb affektusok tolerálására és tartalmazására is, amely segítség a páciens számára, hogy ő is képes legyen a negatív érzések tartalmazására és integrálására. Az áttétel fókuszú terápia centrumát az áttétel korai értelmezése képezi. Fontos - szemben a klasszikus pszichoanalízissel - hogy az „itt-és-most” kerül fókuszba a múltat értelmező korai interpretációk helyett. Az áttétel értelmezése egy hosszabb folyamat, amely célja, hogy a páciens reprezentációiban észlelhető ellentmondásokra világítson rá. A terápiás változás eszközeként az interpretációt látják ebben a kezelési módban, amely révén a terapeutával való kapcsolat lesz az első, ahol a kliens elszakad a korábban bejáratott hasított reprezentációkon alapuló kapcsolatokon. A terapeutával átélt új típusú kapcsolat lesz az első lépés a valós életben, a terápiás téren kívül átélhető kapcsolatok eléréséhez.

Szelf-pszichológiai, relációs és interperszonális megközelítések

Ahogy jól ismert, a szelf-pszichológia (Kohut,1971,1977) a hangsúlyt a szelf központi szerepére helyezi, azt mint alapvető pszichikus struktúrát tekinti, s a nárcisztikus és egyéb személyiségpatológiákat a deficites szelf-struktúrával, és nem a pszichikus realitás struktúrái

közötti konfliktussal hozza összefüggésbe (Ornstein,1978). Adler és Buie (Adler,1985, Buie és Adler,1982) dolgozta ki borderline személyiségzavar specifikus szelf-pszichológiai modelljét. A szelf-pszichológiai felfogás az egészséges kohézív és vitális szelf helyett a fragmentált és gyenge szelfet jelöli meg a borderline szelf-patológia lényegeként. A grandiózus szelf és az idealizált szülő-imágó archaikus, de egészséges gyökereit képezik a kétpólusú szelfnek, a grandiózus szelf asszertivitáshoz, cél-orientáltsághoz vezet, a fizikai és mentális aktivitásokban való önfelédelt elmerülés képességének potenciálját rejt magában. Az idealizált szülő-imágó az egyén értékrendjének stabilitását alapozza meg. Pszichopatológiai esetekben, így nárcisztikus és borderline betegek esetében a grandiózus szelf inadekvát fejlődése alacsony önértékelést, motivációhiányt, anhedóniát eredményezhet, míg az idealizált szülő-imágó nem megfelelő fejlődése a feszültség kezelésének súlyos zavarát eredményezi, s olyan magatartás módzatokhoz vezet, amelyek kísérletek ezen feszültség kezelésére (addikciók, promiszkuitás, perverziók), ezen túl ürességérzés és a depresszió érzése jelenhet meg. A szelf-pszichológiai felfogás szerint az agresszió és a düh az elhanyagolásra adott reakció következményei, s nem valamilyen konstitucionális hosztilitás eredményei. A relációs és interperszonális iskolák a kapcsolatra helyezik a hangsúlyt, s kiemelik, hogy mind a páciens mind a terapeuta aktívan hozzájárul ahhoz a tapasztalathoz, amelyet analizálni kell a terápia során (Greenberg,1991, Mitchell,1988). Ez a felfogás tudatosan feladja a neutralitás alapelvét, s az emocionális hangolódás szerepét hangsúlyozza. Hasonlóan a szelf-pszichológiához ezen megközelítések is, a negatív áttételt nem a beteg konstitucionális agressziójának a következményeként látják, hanem a terapeuta részéről történt empatikus kudarc eredményeként, vagy a pozitív terapeuta-beteg kapcsolat leomlásaként. A kezelés motorját a szelf-tárgy viszonyulás facilitálása képezi, a terapeuta elfogadja a szelf-tárgy pozíciót, s a legfontosabb eszköz ennek kibontásában az empátia lesz. A tükör-áttételben a terapeuta megerősít, validál, segít a

kliensnek, hogy az elemezze a terapeuta empátiás kudarcait, amely átmenetileg nárcisztikus dühöt, s a pozitív kapcsolat meggyengülését is eredményezheti. Az idealizáló áttételben a terapeuta egyfajta piedesztálra kerül, amely kapcsán a kiábrándítás lehetőséget biztosít a kohézív szelf kialakulásában. A páciens áttétele mint egyfajta „új kezdés” konceptualizált (Ornstein,1998), a pozitív új kapcsolat megjelenése így kiegészíti a múlt ismétlődését az áttételben. A terapeuta gyakran elfogadja a páciens ellenállását, empatizál vele, anélkül, hogy interpretálná azt (Yeomans és mtsai,2014).

Kötődés-elmélet és mentalizáció-bázisú terápia

A kötődés-elmélet megfogalmazása Bowlby (1969,1973,1980) nevéhez kapcsolódik, s szorosan kapcsolódik a tárgykapcsolat-elméleti tradícióhoz. Szemben azonban a tárgykapcsolat-elméletekkel, amelyek megtartják Freud hangsúlyos figyelmét az agresszív és szexuális vágyak és fantáziák irányában, a kötődés-elmélet központi üzenete a szoros érzelmi kötés fontossága lesz az interperszonális kapcsolatok esetében, azaz nem a kielégülésre váró ösztön, hanem a kapcsolat válik centrálissá. Ahogy ismert Bowlby a pszichoanalízis mellett más tudományágak eredményeit is figyelemmel kísérte illetve ő is hatással volt azokra, így az etológia, a kognitív pszichológia és a fejlődéslélektan említhető. A kötődés-elmélet központi kategóriáját a belső munkamodellek jelentik, amelyek az ismétlődő tranzakciók reprezentációját jelentik (Bretherton, 1987, Stern,1985,Tényi, 2000). Az ismétlődő interakciók reprezentációi („representations of interactions that have been generalized”, Stern,1985) jelentős szerepet játszanak a személyiség kialakulásában, az elvárások, a Másikkal kapcsolatos hiedelmek, érzelmi elvárások, a történések kezelésének módzatai a személyiség fontos alkotó elemeit jelentik, amelyek részben tudatosak, részben azonban tudattalanok. Fonagy és munkatársai integrálják a kötődés-elmélet eredményeit az 1990-es évek közepétől, amely

megközelítés a borderline személyiségzavar mentalizáció-bázisú terápiájának (MBT) a kialakulásához vezetett (Fonagy és mtsai,1995,2003. A mentalizáció azt a képességet jelenti, hogy képesek vagyunk mások mentális állapotairól gondolkodni, s mások cselekedeteit ennek fényében értelmezni. Fonagy és munkacsoportja rámutat (Bateman és Fonagy,2002), hogy a biztonságos kötődés lehetővé teszi a gyermek reflektív tudatosságának a kialakulását, amely révén az facilitálja a mentalizáció fejlődését. A modell szerint a gyermekkorban elszenvedett traumák, szexuális, verbális és fizikai abúzusok révén védekezésként gátlás alá kerül a mentalizáció adekvát kialakulása és fejlődése, a gyermek megvédi magát attól a gondolattól, hogy átérezze mi játszódik le a gondozóban, a szülőben akkor, amikor agresszív vagy árt neki. A mentalizáció gátlása személyiségzavarok esetében az adekvát szimbolikus reprezentációk hiányát eredményezi. Az internalizált Másik „idegen testként” (Yeomans és mtsai,2014) különül el a személyiségen belül, amely azt az illúziót táplálja hogy az introjektum nem része a szelfnek. A mentalizáció-bázisú pszichoterápia a B klaszteres személyiségzavarok terápiájára került kidolgozásra, kezdetben nappali klinikai keretek között, individuális és csoportterápiák kombinációjaként. A mentalizáció-bázisú terápiának nem célja a személyiség strukturális megváltoztatása vagy a torzult kognitív sémák módosítása, hanem az elsődleges cél a mentalizáció képességének növelése, amely révén a páciens adekvátabban tudja kezelni érzelmi állapotait, interperszonális problémáit. A borderline személyiségzavar esetében észlelhető érzelmi instabilitás másodlagos jelenségként értékelhető, amely mögött részben a mentalizáció deficitje is húzódik. Yeomans és munkatársainak (2014) meglátása szerint a MBT így a kognitív terápiák és a pszichodinamikus pszichoterápiák között helyezhető el. A kötődési rendszer aktivizálódása a mentalizáció képességének csökkenéséhez vezet, a terápia célja, hogy azonosításra kerüljenek azok a momentumok, amikor a reflektív mentalizáló képesség csökken, s korai munkamódok veszik át annak helyét. A leggyakrabban használt technika a

tisztázás (klarifikáció), az affektusok megnevezése és mentális állapotokhoz történő kötése. A változás motorját ebben a terápiában az képezi, hogy a beteg képessé válik mentális állapotok tudatosítására, és saját valamint mások viselkedésének az értelmezésére. Az áttétel értelmezése kerülendő, mivel (1) az aktiválja a kötődési rendszert és intenzív, nem mentalizált affektusok megjelenését eredményezi, (2) az áttétel interpretációja olyan fokú absztrakciós készséget igényel, amire borderline betegek nem képesek. Bateman és Fonagy (2012) ajánlják un. „áttétel jelzők” használatát, amik olyan rövid megjegyzések a beteg számára, amelyek segítik őt abban, hogy bejósoljon várható jövőbeli reakciókat a korábbi tapasztalok alapján, s amelyek segítik a beteget, hogy érzékelní kezdjen áttételes momentumokat. Ez más mint az áttétel elemzése, amely az áttétel-fókuszú pszichoterápia lényegét képezi, a terapeuta „tartja,tartalmazza a projekciókat” (Yeomans és mtsai,2014) anélkül, hogy tudatosítani és értelmezni akarna mindent. A MBT segíti a tüneti redukciót, fenntartja azt, a mentalizáció fejlesztése révén a beteg intenzív érzelmi állapotait és kapcsolatait hatékonyabban kezeli. A MBT terápia egyik előfutára volt meglátásom szerint Harold Searles munkája az 1980-as évek közepén (Searles, 1986).

Expresszív-szupportív terápia

A legszélesebb körben alkalmazott pszichodinamikus pszichoterápia személyiségzavarok esetében az expresszív-szupportív pszichoterápia (Gabbard,2005, Gunderson,2001, Luborsky,1984). A kezelés kombinál expresszív elemeket a pszichoanalitikus gyakorlatból (interpretációk használata, neutralitás) és szupportív technikákat (a beteg ellenállásának támogatása azok értelmezése helyett, adaptív coping stratégiák és egészségesebb elhárítások szupporciója a primitív elhárítások értelmezése helyett). Egyfajta eklektikus terápias alapállást jelent ez, illeszkedve a beteg állapotához és szükségleteihez, a funkcionálás és a szenvedés

szintjéhez. Megerősítés, tanácsnyújtás, empátikus validálás szintén részei a munkának, a tisztázás, a konfrontáció és az értelmezés mellett. A terápia során a kezelő érzéseinek megfelelően explorálja vagy támogatja a páciens, annak függvényében, hogy mennyiben érzékeli a beteget terhelhetőnek. A megközelítés legnagyobb veszélye egyfajta „tudattalan összejátszás” kialakulása, amely során a szupportív elemek akkor kerülnek előtérbe, ha valamilyen „forró” területhez ért a terápiás munka. Ennek a veszélynek az ismerete, valamint szükség esetén adekvát szupervízió segíthet az „összejátszás” kivédésében és kezelésében. A terápiás szövetség kiépítése fontos eszköze és célja ennek a kezelési módozatnak. A kezelés során az interpretáció eltérő gyakorisággal és mélységben kerül alkalmazásra, a szupportív technikai elemek fluktuációja mellett. Ennek egy példája, hogy paranoid személyiségzavar esetében a beteg gyanakvását sem nem tagadjuk sem nem értelmezzük, hanem leginkább „tartalmazzuk” azt (Gabbard, 2005), hasonlóan, ahogy Harold Searles a pszichózis pszichoterápia során a „túlélést” adja meg legfontosabb kuratív elemként (Searles, 1965). Gyógyító, változást hozó momentumnak ebben az esetben a tudatelőttes anyag tudatosítását tarthatjuk (Yeomans és mtsai, 2014), s jelentős szerepe van az „elég-jó terápiás kapcsolat” kialakításának is. Az, hogy egy-egy beteg esetében milyen arányban és időzítéssel alkalmazunk expresszív, feltáró versus szupportív, stabilizáló megközelítést és technikákat az adott beteg állapotától, a terapeuta intuíciójától és a terápiás kapcsolattól függ.

Klasszikus pszichoanalízis

A tradicionális pszichoanalitikus technika magasan strukturált személyiségzavarok (elkerülő, kényszeres személyiségzavar) esetén indikálható, ahol az elhárításokat az elfojtás és más neurotikus szintű mechanizmusok uralják, szemben az alacsonyan strukturált személyiségzavarokkal, ahol a hasítás és más primitív elhárítások uralják a beteg

munkamódjait (Caligor és mtsai,2007). Ennek példája a látszólag stabil életvezetésű irodai alkalmazott, férj vagy apa, aki azonban karakterzavara kapcsán depressziót, szorongást, vagy a nem teljesen átélt élet érzetét szenvedti el. Ebben az esetben az álmok, a fantáziák, az elszólások klasszikus metodikájú elemzése segíthet az elfojtás feloldásában és a sikeres működések elérésében (Yeomans és mtsai,2014)

10 technikai ajánlás a borderline személyiségzavar pszichodinamikus pszichoterápiájához (Glen O.Gabbard,2016 alapján)

A továbbiakban Gabbard tankönyve alapján néhány technikai alapelvet ismertetek, amely ajánlások egyrészt neurobiológiai kutatások eredményeinek, valamint klinikai vizsgálatok tapasztalatainak integrálásából adódtak.

1. *Legyünk rugalmasak!* Az adott páciens állapota határozza meg, hogy mennyiben használjunk inkább feltáró és mennyiben inkább támogató, én-erősítő megközelítést. A betegek esetében tapasztalható keretszegések lehetőségétől való félelem miatt a terapeuta hajlamos lehet egyfajta hajlíthatatlanságra, amelyet a beteg hidegségnek élhet meg. Meg kell próbálni követni a beteg ritmusát, amely révén az áttételi-vizontáttételi anyag lehetőséget biztosít a páciens kapcsolati nehézségeinek a felismerésében.
2. *Olyan feltételeket alakítsunk ki, hogy a terápia hatékony legyen!* A gyakran kaotikus életvezetésű borderline betegek esetében fontos a terápiás tér és a nem terápiás világ elkülönítése. A szuicid veszély esetén világossá kell tenni, hogy szükség esetén hospitalizációra kerülhet sor, mivel a terapeuta nem tudja visszatartani a klienst az öngyilkossági viselkedéstől. Az áttétel-központú pszichoterápiában (Clarkin és mtsai,2006) ezért „szerződést” kötnek, amely szerződés részeként a terapeuta

világossá teszi, hogy a terápiás ülésen kívül nem avatkozik be a páciens életébe. Ennek részeként a terapeuta nem fogad hívásokat a beteg részéről az ülések között, s nem teszi magát elérhetővé. Egyes esetekben azonban ez gátolhatja a stabil kapcsolat kialakulását. Ahogy Gunderson (2001) rámutatott, a páciens fejletlen felidéző emlékezete miatt szenvedhet visszatérő pánikrohamokról, s igénye lehet, hogy felhívja a terapeutát, hogy egy stabil reprezentációt alakítson ki róla, amelyet internalizálhat. Gunderson azt javasolja, hogy a beteg hívásait, e-mailjeit tegyük a következő terápiás ülés témájává, így a terapeuta segíthet az egyedülléttől rettegő páciens számára egy – winnicotti értelemben vett - „tartó” kapcsolat kialakításában.

3. *Kerüljük a passzív hozzáállást!* Neurobiológiai kutatások eredményei szerint, a prefrontális kéregnek részt kell vennie az amygdala hiperreaktivitásából eredő intenzív érzések feldolgozásában és szabályozásában. Nem szabad belemenni abba, hogy a páciens csapongjon az egész ülés során, ahelyett hogy gondolkodna arról, mi az adott érzések eredője illetve következménye. A munkát tudatos önreflexió irányába célszerű terelni.
4. *Engedjük magunkat rossz tárggyá tenni!* Képesé kell válni arra, hogy elviseljük és tartalmazzuk a páciens intenzív haragját, gyűlöletét. A betegek folyamatosan egy „elég rossz tárgy” után kutatnak, paradox módon megnyugtató számukra, ha a terapeutával újraélhetnek egy gyermekkorból származó sadomazochisztikus mintát. Ha a terapeuta védekezik a benne növekvő agresszió ellen, egyre inkább egy szent attitűdjét ölti magára. Az is előfordul, hogy erőlteti a terapeuta az áttételi értelmezéseket, így igyekezve rávenni a beteget, hogy visszavegye ellenséges érzületeit. Más esetben a terapeuta visszahúzódik, s abban reménykedik, hogy a beteg elhagyja a terápiát. Rossz

tárggyá válni azt jelenti, hogy olyan tartályként működünk, amely befogadja a projekciókat, megkísérelve megérteni és tartalmazni azokat.

5. *Érezzünk együtt a harag mögött megbújó fájdalommal!* Sok klinikust megterhel az intenzív harag, amely ezen betegek esetében megjelenik. Meg kell tanulni túljutni a haragon, képessé kell válni megérteni és elfogadni, hogy az elhagyatottság érzése táplálja az indulatot. Ahogy Gabbard fogalmaz, „a prefrontális kérget be kell fogni, hogy gondolkodjon az amygdaláris viharról és annak eredetéről, a gondolkodást is készíteni kell arra, hogy viselje el a kibírhatatlan érzelmi fájdalmat.”
6. *Segítsük a mentalizációt!* A legnagyobb kihívás, hogy olyan áttételi észlelésekkel dolgozzunk, amelyek a pszichés ekvivalencia ketrecébe vannak zárva. A páciens saját valóságérzékelését abszolút tényként fogja fel, nem úgy mint egy lehetséges alternatívát. A jelenség hátterében a mentalizáció hiánya és gyengesége áll, a betegek gyakran nem képesek „játszani”, elérni a mintha módot, maguk és mások belső világáról gondolkodni. Projektív identifikáció révén a terapeuta is elkezdhet hasonlóan viselkedni, meg lesz győződve ilyenkor arról, hogy nem a betegnek hanem neki van igaza. Hasznos ha bátorítjuk a beteget, hogy fantáziáljon a terapeuta belső állapotáról, vagy a terapeuta viszontáttételéről.
7. *Ha szükséges, állítsunk korlátokat!* Sok esetben a rugalmasság és az öngyilkosság megelőzése nevében feladhatjuk a korlátokat, kereteket, amelyekre pedig szükség van, hogy az acting-out-okat megfelelően kontrollálhassuk.
8. *Segítsünk a páciensnek abban, hogy szelfjének azokat a részeit, amelyeket elutasított vagy másokra proiciált, újra birtokba vehesse!* A szelf folytonosságának hiánya drámai változásokkal jár, hétről hétre más és más arcát mutathatja. Hasonlóan a terapeuta is a projektív identifikáció mentén különböző módon érezhet, reagálhat a betegre.

9. *Hozzuk létre és tartsuk fenn a terápiás szövetséget!* Fokozottan figyelni kell a nem verbális kommunikációra, mivel a betegek hajlamosak a semleges arckifejezést tévesen potenciálisan rosszindulatúnak minősíteni. Kezdő terapeuták hajlamosak lehetnek egyfajta rezenéstelen arckifejezés felöltésére, amelynél azonban jobb ha belemegyünk egy spontán és érzelmekkel teli dialógusba, elfogadva a tényt, hogy a beteg gyanakvó lehet bizonyos reakciókkal kapcsolatosan. Több, arckifejezéssel foglalkozó tanulmány igazolta, hogy a betegek a legtöbb embernél korábban képesek észlelni az arckifejezés emocionális töltetét, s még az előtt azonosíthatják a terapeuta érzelmi állapotait, hogy a kezelő azt felismerné. Nem szabad tehát automatikusan tagadni a beteg által észlelt és jelzett a terapeuta érzelmeire vonatkozó reflexiókat, hanem a munka és a szövetség mélyítésének részévé kell tenni azt.

10. *Kísérjük figyelemmel a viszontáttételi érzéseket!* Az eddigiekből következik a viszontáttétel központi szerepe a munka során. Mindenkinek megvan a korlátja abban a vonatkozásban, hogy mennyi gyűlöletet, haragot bír el, képes „tartalmazni”, ennek ismerete, monitorizálása fontos, hogy elkerüljük a viszontáttételes acting-out jelenségét. A terapeutának láthatóvá kell tennie a valós érzéseit, hogy a beteg ne egy szentnek tartsa, ne valakinek, aki nem emberi, mert ez fokozza a beteg irigységét, dühét a terapeuta felé (Searles, 1986). Sokszor a viszontáttétel tudattalan, s csak finom enactmentek által szerzünk róla tudomást, az óra későbbi kezdése, korábbi befejezése. Nem szabad szégyellnünk a beteg felé irányuló érzéseinket, indulatainkat, szükség esetén szupervíziós segítséget kérhetünk.

IRODALOM

Adler G: *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. New York, Jason Aronson, 1985

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013

Bateman A, Fonagy P: The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156:1563-1569,1999

Bateman A, Fonagy P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 158:36-42,2001

Bateman A, Fonagy P: The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bull Menninger Clinic* 67:187-211,2003

Bateman A, Fonagy P (eds): *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012

Bender DS, Morey LC, Skodol AE: Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *J Pers Assess* 93:332- 346, 2011

Bowlby J: *Attachment and Loss, Vol 1: At-tachment*. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1969

Bowlby J: *Attachment and Loss, Vol. 2: Separation, Anxiety, and Anger*. London, Hogarth Press and Institute of Psycho- Analysis, 1973

Bowlby J: Attachment and Loss, Vol. 3: Loss: Sadness and Depression. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1980

Bretherton I: New perspectives on attachment relations: security, communication, and internal working models, in Handbook of Infant Development, 2nd Edition. Edited by Osofsky JD. Oxford, UK, Wiley, 1987, pp 1061-1100

Buie DH, Adler G: Definitive treatment of the borderline personality. Int J Psychoanal Psychother 9:51-87,1982

Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF: Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2007

Caligor E, Diamond D, Yeomans FE, et al: The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. Am Psychoanal Assoc 57:271-301,2009

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF: Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006

Fairbairn WRD: An object-relations theory of the personality, in Psychoanalytic Studies of the Personality. London, Routledge and Kegan Paul, 1952, pp 3-179

Fonagy P, Gergely G, Jurist E, et al: Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York, Other Books, 2003

Freud S: The ego and the id (1923), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1961, pp 1-66

Gabbard GO: Psychoanalysis, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders. Edited by Oldham JM, Skokol AE, Bender DS. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2005a, pp 257-274

Gabbard GO: A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve. Ötödik kiadás. Oriold és Társai, Budapest, 2016.

Gunderson JG: Borderline Personality Disorder. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984

Gunderson JG: Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001

Hoglend P, Bogwald KP, Amlo S, et al: Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? Am J Psychiatry 165:763-771, 2008

Jacobson E: The Self and the Object World. New York, International Universities Press, 1964

Kernberg OF: Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied. New York, Jason Aronson, 1980

Kernberg OF: Psychoanalytic object relations theories, in Psychoanalysis: The Major Concepts. Edited by Moore B, Fine B. New Haven, CT, Yale University Press, 1995

Kernberg OF: A psychoanalytic theory of personality disorders, in Major Theories of Personality Disorder. Edited by Clarkin JF, Lenzenweger MF. New York, Guilford, 1996, pp 106-140

Klein M: Notes on some schizoid mechanisms (1946), in Envy and Gratitude and Other Works, 1946-1963. New York, Free Press, 1975, pp 1-24

Kohut H: The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. New York, International Universities Press, 1971

Kohut H: The Restoration of the Self. New York, International Universities Press, 1977

Luborsky L: Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment. New York, Basic Books, 1984

Mitchell SA: Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1988

Ornstein PH: Psychoanalysis of patients with primary self-disorder: a self psychological perspective, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 147-169

Reich W: Character Analysis. New York, Farrar, Straus & Giroux, 1972

Searles HF: Collected papers on schizophrenia and related subjects. NJ, International University Press.

Searles HF: My work with borderline patients. NJ, Jason Aronson.

Shedler J: The efficacy of psychodynamic psychotherapy. Am Psychol 65:98-109, 2010

Stern DN: The interpersonal world of the infant. NJ, Basic Books

Tényi T. : A pszichodinamikus pszichiátria a legújabb pszichoanalitikus eredmények tükrében. Animula, Budapest.

Winnicott DW: Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. New York, International Universities Press, 1965

Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF: A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient. Northvale, NJ, Jason Aronson, 2002

Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN: Psychodynamic Psychotherapies and Psychoanalysis. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds.) Textbook of Personality Disorders. American Psychiatric Publishing, Washington DC, London, England, 2014.217-240.